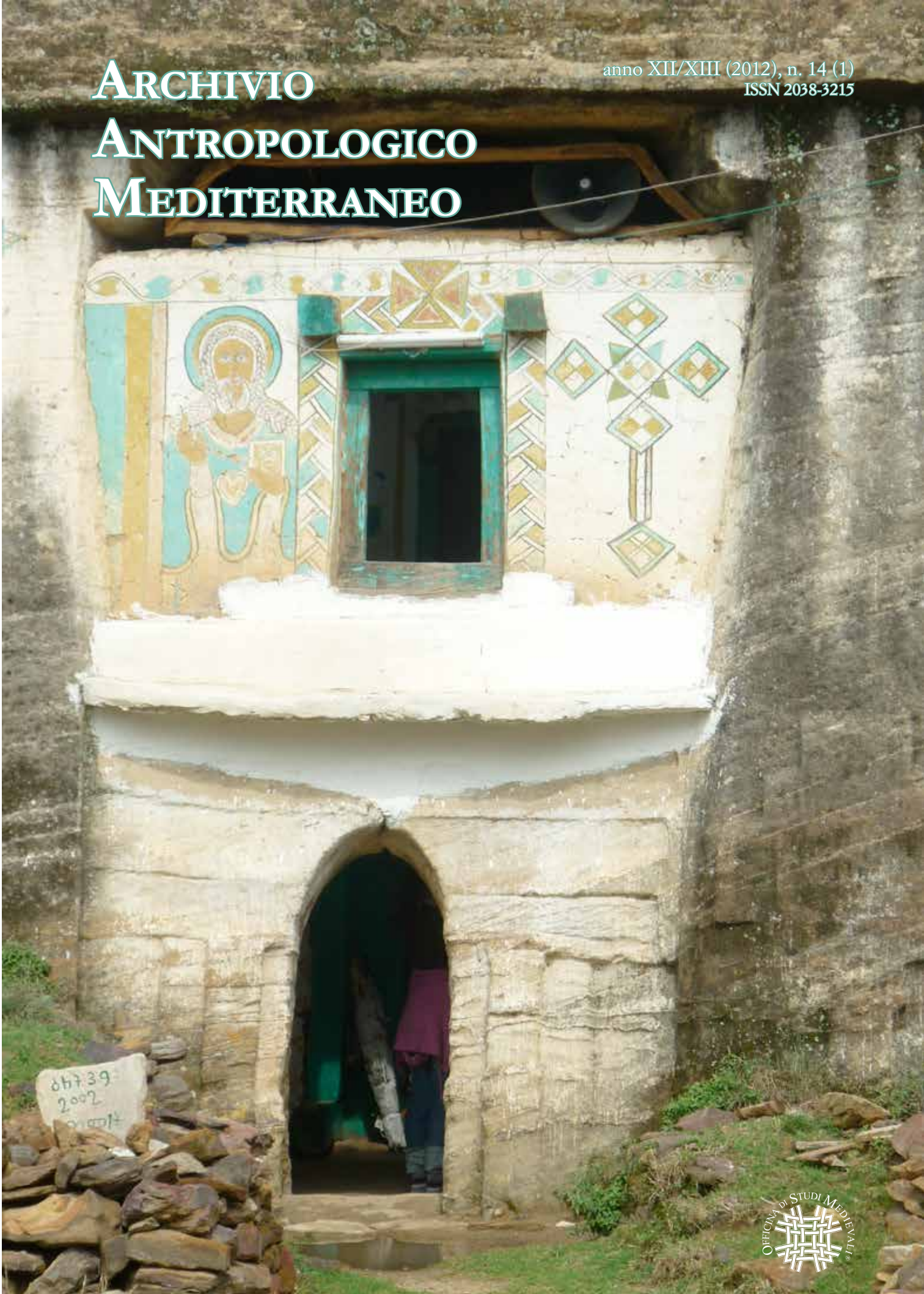


# ARCHIVIO ANTROPOLOGICO MEDITERRANEO

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



01739  
2002  
2001

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)

Aurora Massa

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

Ho conosciuto Gennet<sup>1</sup> durante un incontro organizzato da una delle più importanti ONG di malati di AIDS a Mekelle, *Save the Generation of Tigray Association* (SGTA). Era un'attivista ed era piuttosto nota perché era una delle prime donne sieropositive in Tigray ad aver avuto figli sani grazie al trattamento farmacologico fornito gratuitamente dal governo. Aveva scoperto di essere sieropositiva molti anni prima, grazie alle campagne di prevenzione svolte nel suo villaggio:

Non sapevo che bisognasse tenerlo nascosto, come un segreto, quindi sono arrivata a casa e ho detto ai miei parenti che avevo l'AIDS. Pensavo che mi avrebbero aiutato, ma non è stato così: non dissero nulla e iniziarono a piangere. Avevano paura di me, si vergognavano. [...] Anche il padrone di casa era spaventato, temeva che lo contagiassi e mi ha cacciato via (Gennet, 02/03/08).

All'improvviso e senza aspettarselo, Gennet si trovò a fronteggiare una situazione insostenibile, in cui non solo subiva l'isolamento e l'ostracismo da parte del gruppo sociale per la paura del contagio, ma non poteva contare sull'appoggio della propria famiglia che si dimostrò non disposta, o non in grado, di farsi carico del suo problema. Per queste ragioni decise di partire, iscrivendosi a un programma di professionalizzazione dedicato ai malati di AIDS, organizzato dalla Croce Rossa a Mekelle.

Arrivata in città, la sua vita cambiò radicalmente: iniziò a collaborare con SGTA, sposò un attivista dell'ONG, ebbe dei figli. Tuttavia, non frequentava nessuno al di fuori dei membri dell'associazione e trascorreva la propria vita quotidiana in solitudine. Sebbene non avesse problemi di convivenza con le persone con cui condivideva il *compound*, evitava di mangiare e di prendere il caffè con loro, perché temeva di metterli in imbarazzo.

Ora non parlo mai con nessuno dell'AIDS, perché ho capito che le persone ti odiano se sanno una cosa del genere. All'inizio pensavo che fosse una malattia come le altre, ma poi ho capito che non è

così (Gennet, 02/03/08).

Ho scelto di aprire questo lavoro con un frammento della storia di malattia di Gennet, con le cui parole ho intitolato l'articolo, perché rivela quanto i percorsi biografici e le pratiche quotidiane dei malati di HIV siano modellati e interagiscano con i significati simbolici che si addensano intorno all'AIDS e con il complesso apparato umanitario e sanitario preposto alla sua gestione.

Oltre a ridurre l'aspettativa di vita e a peggiorare le condizioni di salute, l'AIDS incide in profondità sui vissuti individuali, provocando spesso la frantumazione delle reti relazionali e, più in generale, la messa in discussione della coesione sociale. Come nel resto del mondo, la diffusione dell'AIDS in Etiopia ha infatti «riportato in vita vecchi spettri, mettendo all'indice le popolazioni affette dalla patologia e cristallizzando ansie e contraddizioni latenti» (Comaroff 2006: 52-53). Attraverso i numerosi significati di cui è stato investito, ha provocato la nascita di sentimenti di stigmatizzazione, ridefinendo l'immagine dei malati come di "altri" contrapposti a "noi" (Gilmore, Somerville 1994). Riprendendo le parole di Paul Farmer e di Arthur Kleinman, l'AIDS può essere accostato al vaiolo, alla peste e alla lebbra

per la sua capacità di minacciare e ferire, di opprimere e danneggiare l'esperienza umana e di portare alla luce questioni relative alla natura della vita e al suo significato (Farmer, Kleinman 1998: 335, trad. dell'autore).

Le narrazioni di malattia che ho raccolto resistono a ogni tentativo di ridurre l'AIDS a evento biologico, mostrando come per comprendere la complessità dell'esperienza patologica sia necessario assumere una prospettiva olistica, prendendo in considerazione le dimensioni sociale, culturale e morale a essa connesse. Gli atteggiamenti di stigmatizzazione del gruppo sociale sono infatti strettamente intrecciati con il modo in cui la malattia è costruita e immaginata a livello locale e influenzano

i vissuti di malattia e le molteplici strategie che gli individui mettono in campo per fronteggiarla.

Oltre che da una “epidemia di significati” (Treichler 1988), la diffusione dell’AIDS è stata accompagnata anche dallo sviluppo di un apparato umanitario e sanitario volto alla prevenzione e alla gestione terapeutica e assistenziale. Si tratta di un apparato complesso, costituito da attori nazionali e transnazionali, governativi e non-governativi, che definisce un innovativo campo di interazioni in cui si giocano rapporti di forza, interessi, forme di collaborazione e competizione e che, come mostra la vicenda di Gennet, ha un ruolo costitutivo rispetto ai percorsi esistenziali degli individui. Svolgendo campagne preventive, garantendo forme di assistenza, offrendo opportunità di aggregazione, tale apparato può essere considerato detentore di un potere in grado di creare categorie sociali, modellare pratiche corporee, plasmare comportamenti. Discorsi e pratiche che, determinando le condizioni di accesso a specifici diritti, divengono uno spazio in cui sorgono nuovi sensi di identità e socialità, emergono soggetti capaci di muoversi in maniera in parte originale nel contesto sociale e politico, producendo cittadinanze alternative.

In Etiopia, l’epidemia di AIDS<sup>2</sup> ha esacerbato le criticità di un contesto già gravato da carenze materiali, insicurezza sociale e una situazione sanitaria precaria (Racalbutto *et al.* 2005). La risposta all’epidemia, coordinata a livello federale, prevede un approccio multisettoriale (che agisce in ambito di prevenzione, *screening* diagnostico, distribuzione della terapia antiretrovirale, assistenza ai malati) ed è implementata da una pluralità di attori. Al momento della ricerca, i servizi specifici presso le strutture sanitarie governative erano il *Visiting, Testing and Counseling Centre* (VCT) e l’*Antiretroviral Clinic* (ART)<sup>3</sup>, mentre le associazioni gestivano le attività di educazione e di assistenza ai malati. Il panorama delle associazioni era vasto e composito: comprendeva realtà nazionali e transnazionali, locali e straniere, laiche e religiose, che potevano contare sull’appoggio economico del governo, dei programmi internazionali, di *donor* privati<sup>4</sup>. La mia attenzione si è focalizzata su SGTA, una ONG nata nel 2001 e composta esclusivamente da persone affette da HIV. L’adesione era aperta a tutti e dava diritto a molteplici servizi (sostegno psicologico, *home care*, supporto economico e alimentare), gestiti spesso a titolo volontario dagli attivisti. SGTA organizzava, inoltre, numerose attività di prevenzione per informare sulle conseguenze della malattia e sui modi per prevenirla e per sensibilizzare alle condizioni di vita dei malati, con l’obiettivo di fermare l’epidemia e combattere gli atteggiamenti discriminatori.

Partendo da tali premesse, il lavoro presentato

si muoverà su due piani paralleli e intrecciati. In primo luogo, prenderò in considerazione i significati simbolici e le immagini metaforiche che ruotano intorno all’epidemia per illustrare come l’AIDS – oltre a segnare i corpi – riconfiguri biografie, modelli relazioni sociali e legami parentali, incida nelle pratiche quotidiane. Cercherò cioè di esplorare lo stretto legame tra la molteplicità delle ricadute sociali legate alla pluralità delle concezioni di malattia e i tentativi dei pazienti di gestire e trovare una soluzione olistica al proprio male. In secondo luogo, volgerò lo sguardo alle politiche di prevenzione, terapia e assistenza e in particolare al loro rapporto con gli individui, non solo in termini di rapporti di forza, ma anche in quelli di accettazione degli *status* e delle regole prescritti. Al centro dell’indagine saranno poste le associazioni di malati di AIDS, interpretate sia come risorse terapeutiche che con le loro attività di sostegno aiutano i propri membri a fronteggiare alcune delle sfide che la malattia pone, sia come attori che assicurando forme di assistenza divengono anche uno spazio per ridefinire sensi di appartenenza e sperimentare innovative pratiche di educazione alla cittadinanza.

### 1. *Significati culturali e solitudini sociali*

Ricordano Paul Farmer e Arthur Kleinman che, se tutte le malattie sono metafore, solo poche di esse divengono icone dei propri tempi. Per i due autori:

le storie di malattia delle persone con l’AIDS sono testi di sofferenza che possiamo scrutare per evidenziare come le culture, le comunità e gli individui elaborino testi unici di esperienze personali, al di fuori dell’impersonale invasione cellulare del RNA virale (Farmer, Kleinman 1998: 335, trad. dell’autore).

A Mekelle l’AIDS era investito di numerosi significati simbolici che incidevano nella vita dei malati ed era caratterizzato da sentimenti e da comportamenti ostili nei confronti di chi ne era affetto. I dialoghi che ho svolto con i malati, con la gente comune e con gli operatori socio-sanitari hanno mostrato che le ragioni di tale ostilità erano molteplici e strettamente intrecciate tra loro.

L’AIDS era spesso associato a una lettura in termini morali e religiosi: era una “malattia del castigo” preannunciata nelle Sacre Scritture e causata dall’assunzione di un comportamento sessuale libero e promiscuo<sup>5</sup>. Episodi biblici come il Diluvio Universale e la distruzione di Sodoma e Gomorra erano, nei discorsi di alcuni esponenti del clero

ortodosso, risignificati e utilizzati per legittimare l'interpretazione dell'AIDS come punizione divina, attraverso la costruzione di un parallelismo con le Sacre Scritture. La diffusione di una lettura di questo tipo era condivisa anche dalla gente comune e dai malati:

La malattia è già scritta, è un ordine di Dio, è legata ai peccati umani. Dio non ci permette di trasgredire la nostra religione, non ci permette di mentire, di rubare e di commettere adulterio, ma noi siamo ladri, bugiardi e adulteri. Per questo ci ha punito (Gennet, 02/03/08).

Quest'immaginario, molto prossimo all'ambito concettuale del "male" inteso in termini trascendentali e religiosi, si trovava in un rapporto circolare con quelle che sono le modalità biomediche di contagio. Lettura morale e lettura biomedica si sostenevano reciprocamente, in virtù della creazione di una sovrapposizione tra la violazione di valori, quali fedeltà e castità, e la trasmissione del virus per via venerea. Di conseguenza, i malati e la malattia venivano collocati spesso in un ambito repulsivo e pericoloso, in cui comportamenti sanzionati da un punto di vista morale e religioso si incontravano con l'ira divina e da cui i "sani" preferivano tenersi alla larga. L'AIDS emergeva dunque come un disordine biologico che scaturiva da un disordine sociale causato dall'infrazione collettiva di regole morali e divine (Augé 1983). Poiché veicolava valori che avevano a che fare con l'ordine sociale (Zempléni 1988), la malattia coinvolgeva la società nel suo complesso, nei suoi rapporti interni e con le dimensioni ulteriori dell'esistenza e si configurava come una crisi che travalicava il corpo individuale, coinvolgendo l'intero corpo sociale.

La tendenza a isolare i malati era poi rinforzata dalla paura del contagio che si propagava, molto più del virus, intorno a chi era affetto dalla malattia. Secondo i pazienti, questa paura era legata alla scarsa conoscenza delle reali vie di trasmissione: molte persone temevano di infettarsi attraverso le interazioni quotidiane con i malati, stringendo loro la mano, condividendo gli spazi abitativi, bevendo e mangiando insieme. Come Gennet, la maggior parte dei sieropositivi che ho incontrato a Mekelle, era costretta a fronteggiare le reazioni di paura e di rifiuto da parte dei propri familiari, del proprio gruppo sociale e, in generale, della collettività. Tali atteggiamenti provocavano profondi cambiamenti nelle reti relazionali, la riorganizzazione delle pratiche domestiche e quotidiane e il peggioramento delle condizioni materiali di esistenza. Le conseguenze della malattia intesa in termini di *disease* (Kleinman 1980) – cioè debolezza, malattie ricorrenti, frequenti *follow-up*, ecc. – e gli atteggiamenti

discriminatori potevano infatti ostacolare l'accesso a un mercato del lavoro di per sé instabile, facendo talvolta scivolare verso situazioni di precarietà.

Molti interlocutori hanno messo in relazione questa paura con gli effetti delle prime campagne di informazione sull'AIDS, le cui conseguenze erano ancora vive nel contesto sociale della città di Mekelle. Secondo il presidente di SGTA, quelle campagne «trasmettevano immagini che mettevano paura, insegnavano a stare lontano dall'HIV e non a prevenirlo, a curare i malati, a vivere con la malattia» (Haile Mariam, 10/03/08). Il presidente di una ONG nazionale sosteneva:

Rappresentavamo la malattia come un serpente, come il fuoco, come il diavolo e quell'immagine è ancora nella mente delle persone. Queste immagini risalgono a dieci anni fa, ma la gente non le ha cancellate e quando qualcuno dice: "Ho AIDS", l'immagine che si crea nella loro mente è quella del fuoco, del diavolo, dello scheletro. Ma chi può stare di fronte al fuoco? Chi può stare di fronte al diavolo? (presidente dell'ONG, 04/02/08).

Molti pazienti intervistati hanno confermato che il risultato principale di tali campagne fu di terrorizzare le persone e stigmatizzare i malati:

I media e il Governo hanno trasmesso un'immagine negativa dell'AIDS che le persone non riescono a togliersi dalla mente. Io stessa pensavo che fosse una malattia vergognosa, che se fossi risultata positiva al test nessuno si sarebbe avvicinato e che sarei morta immediatamente. Quando ero piccola, ho visto in televisione il corpo di un uomo; era uno scheletro e diceva: "salvatevi dall'AIDS!" (Melat, 23/01/08).

Gli sforzi compiuti a livello federale e regionale attraverso l'approccio multisettoriale e le campagne di sensibilizzazione portate avanti attraverso i media e in ogni spazio di aggregazione, sia in campagna che in città, stavano lentamente migliorando la situazione. Anche grazie alla possibilità di usufruire gratuitamente della terapia antiretrovirale, la paura della malattia si stava ridimensionando parallelamente alla diminuzione del numero dei morti, ma le reazioni di discriminazione erano ancora molto diffuse.

Molti malati preferivano, di conseguenza, occultare la propria condizione di salute sia agli estranei che ai membri del proprio gruppo sociale, mettendo in atto complesse strategie. Sebbene l'AIDS non sia immediatamente apparente, esso viene reso visibile in specifiche situazioni (come la frequentazione delle associazioni e dei reparti ospedalieri dedicati),



mediante l'assunzione di certi comportamenti (ad esempio volti a prevenire il contagio), attraverso alcuni *segni* corporei (la magrezza, la perdita di capelli, le precarie condizioni di salute). Come ha scritto Erving Goffman (1963), in questi casi il problema è controllare non solo la tensione che si genera nei rapporti sociali, ma anche l'informazione riguardante la malattia. Il dilemma affrontato dai malati era «mettere in mostra o no; dire o non dire; lasciar passare o non lasciar passare; mentire o non mentire e, in ogni caso, a chi, come, quando e dove» (*ibidem*: 45). Alcuni sieropositivi, ad esempio, preferivano recarsi presso strutture sanitarie lontane nella speranza di proteggersi da occhi indiscreti, altri occultavano segni sul corpo e comportamenti che potevano essere ricondotti all'AIDS<sup>6</sup>, rischiando conseguentemente di favorire la diffusione del virus (Admassu 2000).

Anche le reticenze rispetto alla decisione di sottoporsi al test descritte dagli operatori socio-sanitari possono essere comprese in questa luce. La paura delle conseguenze sociali della malattia era dunque, per alcuni malati, forte quanto il terrore dei suoi effetti sul corpo e incideva sulla possibilità di condividere il proprio dramma e la gestione della malattia e della cura. La più ampia indagine sui percorsi terapeutici all'interno della quale questa ricerca si colloca ha evidenziato che, di fronte ad un'alterazione ritenuta patologica, non solo il gruppo familiare, ma tutta la comunità partecipava al processo di cura, attraverso suggerimenti e consigli, configurando una sorta di «gestione collettiva della malattia» (Massa 2010b). Al contrario, isolati dai comportamenti del gruppo sociale e dalla reticenza a condividere la propria condizione, i malati di AIDS erano spesso privati della possibilità di avvalersi della gestione corale dell'evento patologico e di condividere la difficoltà di vivere con una malattia inguaribile, considerata spesso il risultato visibile della punizione divina.

Questo atteggiamento, se può essere visto come una conseguenza del desiderio di voler proteggere l'altro dai suoi stessi timori, contribuiva alla creazione di una sorta di circolo vizioso in cui esclusione e autoesclusione, paura del contagio e paura di *far paura* si rinforzavano reciprocamente. L'autoisolamento dal "mondo dei sani" sembrava essere, per certi versi, il solo antidoto alla discriminazione, incrementando la solitudine stessa e provocando una sorta di "incorporazione dell'isolamento". I comportamenti dei malati risultavano, pertanto, modellati proprio da quegli atteggiamenti che ricevevano e che contribuivano a riprodurre.

## 2. Etichettare e modellare

Le prime campagne di prevenzione hanno svolto un ruolo fondamentale nel delineare la forma che l'epidemia ha assunto nel contesto tigrino. Plasmando significati simbolici e immagini metaforiche, influenzando rapporti sociali e familiari e favorendo la nascita di atteggiamenti di discriminazione e isolamento, tali campagne possono essere considerate anche come parte di un più generale processo di definizione e identificazione dei malati di AIDS in quanto nuovo gruppo sociale.

Nonostante i possibili effetti collaterali, come la nascita di stereotipi stigmatizzanti, la produzione di "categorie di persone" è un passaggio ineludibile nella progettazione e nell'attuazione delle politiche sanitarie e degli interventi umanitari (Nguyen, Peshard 2003). Come afferma Vinh-Kim Nguyen in riferimento al caso africano, il successo delle iniziative di lotta all'AIDS dipende, infatti «anche dalle pratiche di denominazione (diagnosi), di mappatura (epidemiologia) e di classificazione (gruppi di sieropositivi) di qualcosa che prima non "esisteva" come realtà tangibile» (Nguyen 2010: 133, trad. dell'autore).

A Mekelle, il processo di definizione della popolazione sieropositiva era evidente ben oltre le campagne di prevenzione. Le politiche di gestione dell'epidemia di AIDS prevedevano un intenso sforzo di *screening* diagnostico, realizzato dall'apparato governativo e non-governativo attraverso l'istituzione dei VCT e l'organizzazione di eventi pubblici per incoraggiare le persone a sottoporsi al test HIV. Oltre ad avere finalità preventive e terapeutiche, queste iniziative permettevano di individuare la popolazione sieropositiva, di quantificarla, di delinearne elementi distintivi (età, sesso, *status* socio-economico, ecc.). Analogamente, l'imponente sistema di inventariazione dei pazienti negli ART (fatto di registri, numeri identificativi, cartelle cliniche, tesserini individuali) rendeva evidente con la sua materialità cartacea il tentativo di creare categorie sociali, di "inventare gruppi". Le stesse campagne di prevenzione erano spesso organizzate intorno a target di popolazioni considerate a rischio (adolescenti, *commercial sex workers*, militari) che, una volta identificati, divenivano destinatari di percorsi di formazione e di educazione sessuale.

L'introduzione di forme di categorizzazione e differenziazione sociale era, infatti, strettamente intrecciata con i tentativi di sradicare i comportamenti che favorivano la trasmissione dell'infezione e di plasmarne gli atteggiamenti dei pazienti nei confronti della malattia e della cura, mediante la trasmissione di regole igieniche e di pratiche corporee. A tal proposito la letteratura antropologica ha spesso chiamato

in causa la nozione foucaultiana di biopotere<sup>7</sup>, nella sua duplice forma di anatomo-politica del corpo umano e di biopolitica della popolazione (Foucault 1976). Gli interventi del complesso apparato di gestione dell'epidemia di AIDS sono cioè stati interpretati come dispositivi di disciplinamento dei corpi e di regolamentazione delle popolazioni, in grado di penetrare nei comportamenti individuali e collettivi fin negli ambiti più intimi e privati, di influenzare gli *habitus* e di favorire l'incorporazione delle norme che regolano la vita sociale. Pur essendo rudimentali e parziali (perché non agenti su tutta la popolazione nello stesso modo), tali dispositivi sono stati indagati per la loro capacità di plasmare le soggettività in modelli di comportamento ed emozione socialmente condizionati, di produrre individui docili e, dunque, soggetti governabili. In questa prospettiva, il corpo, prodotto storico e sociale, «assemblaggio di pratiche, discorsi, immagini» (Farquhar, Lock 2007: 1), oggetto di regolamentazione e controllo ma anche luogo di elaborazione autonoma e creativa (Scheper-Hughes, Lock 1990) diviene un punto di vista privilegiato per analizzare i modi in cui le soggettività sono prodotte e le forme culturali elaborate.

Questa griglia interpretativa può essere utilizzata anche nel contesto in esame. Dal momento in cui risultavano sieropositivi, infatti, i pazienti erano sottoposti a una sottile e spesso invisibile riplasmazione della modalità di gestione del corpo e della salute, delle abitudini igieniche e alimentari, del rapporto con le terapie farmacologiche e con la scansione del tempo, delineando quella che è possibile chiamare una «micropolitica della *patienthood*» (Biehl 2007). Nei VCT delle strutture mediche e delle associazioni, gli operatori socio-sanitari aiutavano i pazienti ad accettare la diagnosi e spiegavano loro come vivere con la malattia, come prendersi cura della propria salute, come prevenire la trasmissione del virus. Questa forma di insegnamento continuava negli ART dove i pazienti venivano preparati alla terapia antiretrovirale mediante la somministrazione di farmaci antibatterici che, oltre a debellare le infezioni e a testare la tolleranza al trattamento, permettevano al paziente di «abituarsi a ingoiare le pasticche e a prendere le medicine a orario» (infermiera, 15/02/08) e ai terapeuti di verificare la *compliance*. La gestione della cura era poi attentamente monitorata tramite frequenti visite di *follow-up* e descritta in appositi registri attraverso un articolato sistema di sigle.

Questo sottile processo di riplasmazione delle abitudini quotidiane, delle pratiche corporee e dei comportamenti terapeutici dei pazienti era ancora più evidente nelle associazioni come SGTA. Gli attivisti organizzavano infatti frequenti riunioni informative su temi quali la gestione della terapia

farmacologica, l'alimentazione, la prevenzione, l'educazione sessuale, in cui coinvolgevano i membri dell'associazione. Questi ultimi potevano inoltre contare su continui momenti informali di incontro, in cui condividere esperienze, esprimere timori, scambiarsi consigli. Dunque, i discorsi e le pratiche dell'apparato sanitario, mentre si prendevano cura della salute degli individui malati e dell'intero corpo sociale, contemporaneamente modellavano gli *habitus*, producevano particolari tipi di soggetti e, in ultima analisi, agivano come dispositivi per governare.

### 3. Consenso, appartenenza, diritti

L'esercizio del dominio del corpo e la costruzione del Sé nel rapporto tra individui e dispositivi di potere non vanno tuttavia intesi come condizionamenti meccanici che producono persone a immagine e somiglianza delle istituzioni (Pizza 2005). Gli attori sociali sono infatti dotati della capacità di conoscere e agire in maniera autonoma, di sviluppare pratiche di manipolazione e resistenza ai modelli imposti, di assumere posizioni creative, critiche e contestative e, in definitiva, di reinvestire il mondo di significato. In altre parole, non esiste atto di sovranità «che possa sottrarre gli esseri umani ai vincoli delle ragnatele di significati, rapporti e affetti» (Comaroff 2006: 62).

La tendenza, riscontrata tra molti pazienti, ad accettare lo *status* sancito dall'autorità biomedica e ad assumere i modelli di comportamento trasmessi dall'apparato terapeutico non può dunque essere interpretata esclusivamente come il risultato di forme di disciplinamento. Come ha notato Ian Hacking (1986), costruire categorie non significa solo realizzare report (né governare o curare, in riferimento al caso in esame) ma implica la creazione di nuovi modi di essere a cui le persone aderiscono spesso in maniera spontanea. Riconoscersi come sieropositivo significava, infatti, ricostruire la propria identità, entrare a far parte di nuovi gruppi sociali, avere accesso ai diritti di cura. Come mostra la storia di Gennet, i discorsi, le politiche e le pratiche dell'apparato di assistenza influenzavano concretamente le vicende biografiche, producevano sensi di appartenenza e favorivano lo sviluppo di nuove forme di attivismo sociale e politico.

Il rapporto tra individui e dispositivi di potere non deve pertanto essere inteso solo nei termini del binomio oppositivo dominazione/resistenza. Tra i discorsi e le pratiche che si vogliono imporre come egemoniche e l'*agency* dei soggetti vi è infatti un rapporto circolare e intrecciato di reciproca produzione e trasformazione che include complesse dinamiche di adesione, appropriazione e rifiuto (Ortner

2006). La possibilità di accedere alla terapia e ai servizi assistenziali era infatti condizionata, seppur non in maniera esplicita, dall'accettazione di uno specifico *status* di malattia (oltretutto incrostato di connotazioni simboliche negative), dall'assunzione di *habitus* e di modelli di comportamento, configurando una sorta di accordo implicito tra malato e apparato sanitario e socio-assistenziale.

Concentrando l'attenzione sul caso di SGTA, cercherò di mostrare come l'interazione tra i pazienti e i saperi biomedici, le politiche statuali e gli interventi non-governativi e transnazionali abbia creato uno spazio in cui, da un lato, si sono plasmate nuove identità e si sono costruite forme di socialità e, dall'altro, si sono sviluppate nuove soggettività, sono sorte innovative possibilità di azione sociale e hanno preso corpo forme di cittadinanza alternative.

### 3.1. Spazi non-governativi

SGTA era una delle più grandi associazioni di sieropositivi in Tigray e, secondo il presidente Haile Mariam, il numero dei suoi membri era in costante espansione<sup>8</sup>. Se tali adesioni potevano essere spiegate dalla speranza di accedere agli aiuti materiali elargiti, per Haile Mariam erano legate anche al desiderio di entrare a far parte di un nuovo gruppo sociale che scaturiva dalla situazione di solitudine cui i pazienti erano condannati. In effetti, l'esigenza di socializzazione era un tratto comune delle storie di malattia raccolte e veniva spesso soddisfatta attraverso la costruzione di reti di relazioni con persone affette dalla stessa malattia. In quanto associazione di malati, SGTA era un luogo privilegiato di incontro e dunque le adesioni possono essere interpretate come un tentativo di uscire dall'isolamento, di allontanarsi da quella condizione di menzogna in cui molti si rifugiavano per paura dello stigma, ricollocando la propria esperienza all'interno di nuove reti sociali. Nel corso dell'indagine, la sede dell'ONG era spesso affollata di gente: i suoi membri potevano contare su momenti di condivisione e dunque risolvere, almeno in parte, le conseguenze sociali e familiari che tormentavano le biografie dei malati. Se si considera l'isolamento sociale un aspetto dell'evento malattia, inserirsi in un'associazione può essere interpretato come parte di un percorso terapeutico per gestire una malattia che non può essere guarita e rispetto alla quale il *caring* (la presa in carico del paziente) diventa ancora più importante.

L'associazione era dunque uno spazio terapeutico, in cui i pazienti fronteggiavano alcune delle ricadute dell'AIDS, e uno spazio di aggregazione in cui, a partire dalla comune sieropositività, i membri sviluppavano sensi di appartenenza biosociale (Ra-

binow 1992). L'esistenza di movimenti organizzati intorno a una condizione biologica condivisa non è un fenomeno nuovo, anzi si tratta di un ambito ampiamente esplorato dalle indagini etnografiche. Ciò che caratterizza le forme identitarie che nascono intorno ad associazioni come SGTA – e che possono essere definite in termini di biosocialità<sup>9</sup> – è il ruolo svolto dai nuovi siti di conoscenze (la biomedicina, il discorso umanitario) e di potere (le politiche sanitarie e socio-assistenziali nazionali e transnazionali, governative e non-governative) nel delinearne i confini, le specificità e le dinamiche.

D'altra parte, l'importanza dell'apparato transnazionale e non-governativo nelle vicende individuali dei malati non può essere sottovalutata. Come mostrato in precedenza, l'incontro con la Croce Rossa e con SGTA ha modificato profondamente la vita di Gennet, permettendole di cambiare città, di trovare un lavoro, di costruire nuovi legami sociali e familiari, di fare dei figli. Dunque, mentre crea etichette e forme di controllo, l'insieme di saperi e poteri che definisce lo spazio globalizzato dell'AIDS incide contemporaneamente sulle biografie, modellando le identità individuali e (bio)sociali, mobilitando relazioni affettive, creando nuovi modi di abitare il presente e di immaginare futuri possibili.

### 3.2. Cittadinanza terapeutica e attivismo

Secondo l'accezione qui proposta, con "cittadinanza" non si intende il vincolo tra una persona e lo Stato-nazione, ma un complesso processo di "progetti di cittadinanza" sovrapposti che oltrepassa la sfera politico-legale e che può coinvolgere anche le dimensioni biologiche, terapeutiche e i processi di salute e malattia (Ecks 2005). Negli ultimi anni, antropologi e sociologi hanno indagato da differenti punti di vista il ruolo che le identità della salute possono svolgere nel rapporto tra attori sociali e istituzioni, nelle battaglie per l'ottenimento di risorse e diritti, nelle ridefinizioni delle concezioni di cittadinanza<sup>10</sup>.

Il concetto di cittadinanza terapeutica, proposto da Nguyen (2004, 2006, 2010) per analizzare il modo in cui i sieropositivi attivisti in Africa Occidentale lottavano per avere accesso alla terapia antiretrovirale, mi sembra particolarmente adatto a cogliere la situazione di un contesto, come l'Etiopia, in cui quelle ampie e stabili istituzioni che dovrebbero garantire l'accesso alla cura sono assenti. Rispetto alle politiche di gestione dell'AIDS, mentre gli Stati africani, gravati da servizi assistenziali e sanitari spesso carenti, si sono mostrati non in grado di assicurare quella salvaguardia della salute solitamente associata alla cittadinanza, a livello globale si è sviluppato un potente apparato umanitario, costi-

tuito da agenzie internazionali, ONG, programmi di emergenza e di sviluppo che influenza e determina le modalità locali di definire e affrontare la malattia. Nell'osservare le traiettorie politiche percorse dagli attivisti, Nguyen (2006) ha notato come essi si muovessero all'interno di "un'interzona", cioè di uno spazio di articolazione tra risorse locali e transnazionali, tra saperi locali e discorsi globali in cui si mettevano in forma i discorsi delle agenzie di sviluppo.

L'ambito della salute si delinea dunque come uno spazio politico globalizzato (Nguyen, Peshard 2003), percorso da connessioni trans-locali multiple (Fisher 1997), e contemporaneamente come un *campo* in senso bourdieuiano, cioè uno spazio sociale e politico (Fassin 1996), un sistema mutevole di relazioni regolato da rapporti di forza entro cui i diversi attori sociali, che si trovano in posizioni asimmetriche in base alla distribuzione di capitali, collaborano e competono, rinegoziando continuamente i propri ruoli e i propri obiettivi (Schirripa 2005). Quest'apparato si trova, inoltre, in un rapporto complesso con le sovranità nazionali, poiché se da un lato le sostiene, sopperendo ad alcune carenze, dall'altro agisce su aree di intervento che si sovrappongono a quelle statuali. Forme di «sovranità mobili», dunque, come scrive Mariella Pandolfi (2008), ossia sovranità pseudo-statali e transnazionali in grado di esercitare un biopotere alternativo, di gestire il benessere della popolazione e di abilitare nuove forme di cittadinanza.

Durante la ricerca il governo etiope era impegnato attivamente nella cura dei sieropositivi, gestendo in maniera monopolistica le terapie anti-retrovirali e, tuttavia, gli interventi riguardavano esclusivamente l'ambito biomedico, delegando al mondo non-governativo i servizi di tipo sociale, economico, psicologico. In un Paese in cui è strutturalmente assente quel *welfare-state* che nel Nord del mondo è stato spesso dato per scontato, questi programmi di assistenza erano tra le più significative occasioni di interazione con un apparato amministrativo complesso e moderno e possono dunque essere analizzati in quanto forme embrionali di educazione alla cittadinanza. Mentre si conformavano alle etichette e accettavano le pratiche suggerite, gli individui acquisivano una cittadinanza terapeutica che conferiva loro alcuni diritti (in questo caso alla salute intesa in senso ampio) e che plasmava le loro soggettività, favorendo lo sviluppo di un senso di responsabilità nei confronti degli altri malati e dell'intera società.

Molti dei membri di SGTA partecipavano, infatti, attivamente e a titolo gratuito alle iniziative dell'ONG. Per utilizzare le parole di un'attivista: «a SGTA diciamo sempre che è importante aiutarci tra

di noi perché abbiamo la stessa malattia e se ci avviciniamo troppo agli altri li spaventiamo» (Sendaho, 23/01/08). L'impegno in un'attività come l'*home care* è in questo senso fondamentale, perché spesso derivava dall'aver subito sulla propria pelle esperienze di rifiuto e dal voler evitare che altri esperissero lo stesso disagio:

Se mi aiuta una persona con l'AIDS, sento una specie di libertà, ma se ad aiutarmi è qualcun altro mi sento a disagio, perché so che quella persona è a disagio. La stessa cosa accade agli altri malati ed è per questo che ho deciso di impegnarmi nell'*home care* (Melat, 05/03/08).

Come notato in precedenza, non solo i "sani" escludevano più o meno esplicitamente i "malati", ma questi ultimi cercavano di limitare al massimo le occasioni in cui si sarebbero potuti sviluppare sentimenti discriminatori, costituendo gruppi di sieropositivi fortemente coesi, i cui membri si sostenevano l'un l'altro nell'affrontare le difficoltà. Con il loro impegno pratico, dunque gli assistenti domiciliari contribuivano alla creazione di una rete biosociale, fondavano il senso di appartenenza e, facendosi garanti di diritti di assistenza scarsamente tutelati, diventavano cittadini terapeutici.

L'attivismo dei membri di SGTA si rivolgeva anche al di fuori della comunità dei malati, attraverso campagne di educazione e sensibilizzazione volte a informare sui comportamenti a rischio e a indurre i sieropositivi a esporsi e gli uditori a sottoporsi al test. Tali iniziative erano realizzate soprattutto mediante la *personal testimony*, ossia la narrazione della propria esperienza di malattia. Ricorda un'intervistata:

Ci dicevano: "Dovete andare e raccontare quello che vi è capitato, perché gli altri possono imparare dalla vostra esperienza. Se voi stessi parlate dei problemi che affrontate, chi ascolta può capire meglio e può convincersi che la vostra storia non è inventata". Era molto difficile, mi vergognavo a parlare di me e della mia vita di fronte a tante persone. Però dovevo farlo! [...] Per quelle persone la mia esperienza poteva essere utile: gli altri non dovevano commettere il mio stesso errore. La nuova generazione deve salvarsi" (Abeba, 08/03/08).

Ascoltare tali esperienze direttamente dalla voce di chi le aveva vissute era considerato più efficace della narrazione in terza persona, perché coinvolgeva emotivamente, convinceva della veridicità dei racconti e mostrava la fallacia di alcune false credenze intorno all'AIDS. Eloquenti risultano le pa-

role di Haile Mariam: «se vedono un uomo malato come me, capiscono che sono ancora un uomo e che è possibile avere l'AIDS e continuare a vivere» (Haile Mariam, 10/03/08). Gli attivisti utilizzavano il proprio corpo e la narrazione della propria esperienza come strumenti per contrastare la raffigurazione dei malati come individui scheletrici, prossimi al peccato e alla morte e per attenuare la paura provocata dal loro essere collocati in un'alterità deformata. La *personal testimony* era dunque una pratica di lotta all'AIDS, un terreno di battaglia politica per combattere la profonda frattura tra il gruppo dei malati e il resto della società. In questa prospettiva, l'attivismo può anche essere inteso come un modo per dare un senso alla propria malattia, rendendola utile per gli altri, e per combattere l'AIDS non solo sul proprio corpo fisico, ma anche all'interno del più ampio corpo sociale, con l'obiettivo di "salvare la nuova generazione".

#### 4. Conclusioni

La fusione di vita e capitale, scienza e tecnologia, sapere e potere che caratterizza il campo globale dell'AIDS ha creato nuovi modi di abitare il tempo presente e di immaginare futuri possibili, ha rimodellato il modo in cui gli individui comprendono e vivono se stessi, le relazioni con gli altri e la loro esperienza di salute e malattia (Gibbon, Novas 2004). Non solo, infatti, sono introdotte forme di disciplinamento dei comportamenti individuali e collettivi, ma vengono plasmati vissuti e concezioni di malattia, percorsi terapeutici, interazioni sociali, emergono legami biosociali, sentimenti di appartenenza, soggettività politiche responsabili. In uno spazio della salute globalizzato, la malattia e la terapia si mostrano dunque come realtà sempre più complesse e dinamiche, poiché aumentano gli attori sociali coinvolti e gli interessi in campo. Questa prospettiva apre nuovi ambiti di indagine e di riflessione e invita a interrogarsi su ulteriori questioni.

In un sistema medico plurale quale quello etiopico (Schirripa, Zùniga Valle 2000), l'emergere di una nuova patologia e di un apparato terapeutico transnazionale è avvenuto in un contesto in cui erano presenti molteplici tradizioni di cura legate da rapporti di collaborazione, competizione e legittimazione (cfr. Schirripa 2010). Come si sono riconfigurati dunque il campo delle terapie (Schirripa 2005), gli spazi di azione degli attori (locali e globali, nazionali e transnazionali, governativi e non-governativi), i rapporti di potere e i capitali in gioco?

Parlare di diritti e cittadinanze alternative suggerisce inoltre di riflettere sulle caratteristiche e sui cambiamenti della sovranità nazionale in un conte-

sto in cui le tendenze autoritarie si contrappongono alle spinte di democratizzazione e alla penetrazione di poteri esterni. Quali sono le conseguenze sulle forme di sovranità nazionali e di legittimità politica della penetrazione di un apparato umanitario transnazionale all'interno del quale il riconoscimento dei diritti è sempre più ancorato alla sofferenza e all'integrità corporea (Fassin 2001, 2006, 2010; Quaranta 2006)?

E, infine, i nuovi soggetti terapeutici, distribuendo risorse e servizi e dividendo le persone in gruppi, modellano forme di esclusione contrapposte alle nuove cittadinanze. È importante dunque chiedersi quali tipi di disuguaglianze emergono, lungo quali assi tali esclusioni prendono corpo e come si riconfigurano le relazioni sociali e i rapporti politici.

Lo spazio politico della salute che si è sviluppato intorno all'AIDS in Etiopia consente dunque di riflettere su temi che travalicano la malattia e che coinvolgono invece questioni più ampie (come la cittadinanza, la sovranità e le disuguaglianze) e mostra come tali questioni possano essere meglio comprese se osservate negli interstizi delle relazioni tra il globale e il locale, le istituzioni e le pratiche, le politiche e le forme locali di attuazione.

#### Note

<sup>1</sup> Per proteggere la *privacy* degli intervistati, i nomi riportati sono inventati e sono stati omissi i particolari che potrebbero permetterne l'identificazione. Le interviste sono state realizzate in inglese o in tigrino, con l'aiuto di un interprete locale. L'indagine etnografica è stata effettuata nel corso di due periodi di ricerca (nov. 2007-apr. 2008 e sett.-dic. 2008) a Mekelle (Tigray, Etiopia) e nelle zone rurali limitrofe.

<sup>2</sup> Secondo le stime statistiche, nel periodo della ricerca in Etiopia viveva circa un milione di sieropositivi (2,1% della popolazione). In Tigray, la percentuale di sieropositivi in città (10,5%) era dieci volte superiore a quella nelle aree rurali, per una media regionale del 2,7% (CSA 2007, THB 1999, secondo il calendario etiopico che è 7-8 anni indietro rispetto al gregoriano).

<sup>3</sup> Nel 2005 fu avviato il programma di distribuzione gratuita degli antiretrovirali presso le strutture sanitarie governative, finanziato dall'*U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief* (cfr. [www.pepfar.gov](http://www.pepfar.gov)).

<sup>4</sup> Per una ricostruzione delle politiche sanitarie relative all'AIDS fino al 2000, si veda Kloos, Haile Mariam

2000. Per la situazione attuale, cfr. [www.hapco.gov.et](http://www.hapco.gov.et).

<sup>5</sup> Risultati analoghi sono emersi da un'indagine effettuata nell'Oromia Region (Surur, Kaba 2000).

<sup>6</sup> L'indagine etnografica relativa alle malattie della pelle, svolta tra il 2008 e il 2010 in équipe con Bruni e Villanucci con il sostegno della Cooperazione Italiana, ha rilevato la diffusa tendenza a nascondere le patologie dermatologiche collegate all'AIDS (Massa 2010a).

<sup>7</sup> Per una panoramica, cfr. Nguyen, Peshard 2003 e Reynolds Whyte 2009.

<sup>8</sup> Nel marzo del 2008, l'associazione contava quattordici sedi e circa 5000 membri.

<sup>9</sup> Il termine è stato introdotto da Paul Rabinow per indicare le forme di socialità che emergono in relazione alla ricerca genetica e ai cambiamenti nelle definizioni di malattia e cura e nel rapporto natura/cultura che ne conseguono (Rabinow 2008). La nozione è stata in seguito ampliata e utilizzata per indicare il modo in cui la natura biologica, per come è rivelata e controllata dalla scienza, sia alla base dello sviluppo della socialità (Reynolds Whyte 2009).

<sup>10</sup> Cfr., tra gli altri, Biehl 2004; Ecks 2005; Rose, Novas 2004.

## Bibliografia

- Admassu A.  
2000 «Coping with the Challenges of AIDS: the Experiences of Persons Living with HIV/AIDS in Addis Ababa», in *Northeast African Studies*, vol. 7, n. 2 (New Series): 81-100.
- Augé M.  
1983 «Ordre biologique, ordre social. La maladie, forme élémentaire de l'événement», in M. Augé, C. Herzlich (sous la direction de), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des Archives Contemporaines, Louvain-la-Neuve; trad. it. «Ordine biologico, ordine sociale. La malattia come forma elementare dell'avvenimento», in M. Augé, C. Herzlich (a cura di), *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della salute*, Il Saggiatore, Milano, 1986: 33-85.
- Biehl J.  
2004 «The Activist State. Global Pharmaceuticals, AIDS and Citizenship in Brasil», in *Social Text*, vol. 22, n. 3: 105-132.
- Biehl J.  
2007 *Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival*, Princeton University Press, Princeton.
- Comaroff J.  
2006 «Oltre la politica della nuda vita. L'AIDS e l'ordine neoliberista», in *Antropologia*, numero monografico: *Sofferenza Sociale*, anno 6, n. 8: 51-70.
- CSA  
2007 *Ethiopian Demographic and Health Survey 2005*, Addis Abeba.
- Ecks S.  
2005 «Pharmaceutical Citizenship: Antidepressant Marketing and the Promise of Demarginalization in India», in *Anthropology & Medicine*, vol. 12, n. 3: 239-254.
- Farmer P., Kleinman A.  
1998 «AIDS as Human Suffering», in P. J. Brown (ed.), *Understanding and Applying Medical Anthropology*, Mayfield Publishing Company, Mountain View: 333-342.
- Fassin D.  
1996 *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.  
2001 «The Biopolitics of Otherness», in *Anthropology Today*, vol. 17, n. 1: 3-7; trad. it. «La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia», in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2006: 303-322.  
2006 «Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica», in *Antropologia*, numero monografico: *Sofferenza Sociale*, anno 6, n. 8, 2006: 93-102.  
2010 *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Hautes Etudes-Gallimard-Seuil, Paris; eng. trad. *Humanitarian Reason. A Moral History of the Present*, University of California Press, Berkeley, 2012.
- Fisher W.  
1997 «Doing Good? The Politics and Antipolitics of NGO Practices», in *Annual Review of Anthropology*, vol. 26: 439-464.
- Foucault M.  
1976 *La volonté de savoir*, Éditions Gallimard, Paris; trad. it. *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, Feltrinelli, Milano, 2008.

- Gibbon S., Novas C.  
 2004 «Introduction: Biosocialities, Genetics and Social Sciences», in S. Gibbon, C. Novas (eds.), *Biosocialities, Genetics and Social Sciences. Making Biologies and Identities*, Routledge, London and New York: 1-18.
- Gilmore N., Somerville M. A.  
 1994 «Stigmatization, Scapegoating and Discrimination in Sexually Transmitted Diseases: Overcoming 'Them' and 'Us'», in *Social Science and Medicine*, vol. 39, n. 9: 1339-1358.
- Goffman E.  
 1963 *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey; trad. it. *Stigma. L'identità negata*, Giuffrè Editore, Milano, 1983.
- Hacking I.  
 1986 «Making Up People», in T. Heller *et al.* (eds), *Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality, and Self in Western Thought*, Stanford University Press, Palo Alto: 222-236.
- Kleinman A.  
 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press, Berkeley.
- Kloos H., Haile Mariam D.  
 2000 «HIV/AIDS in Ethiopia: the Epidemic, Social and Demographic Impact, and Prospects of Control», in *Northeast African Studies*, vol. 7, n. 1: 13-40.
- Lock M., Farquhar J.  
 2007 «Introduction», in M. Lock, J. Farquhar (eds), *Beyond the Body Proper. Reading the Anthropology of Material Life*, Duke University Press, Durham: 1-16.
- Lock M., Scheper-Hughes N.  
 1990 «A Critical-interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent», in T. J. Johnson, C. F. Sargent (eds) *Medical Anthropology. Contemporary Theories and Method*, Praeger Publishers, Westport; trad. it. «Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica», in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2005: 149-194.
- Massa A.  
 2010a «Itinerari terapeutici e problemi della pelle in Tigray. Prospettive antropologiche e finalità applicative», in M. Pavanello, E. Vasconi (a cura di), *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e Sanità pubblica*, Bulzoni Editori, Roma: 219-229.
- 2010b «Health Care Seeking Behaviours and Sickness Management», in P. Schirripa (ed.), *Health System, Sickness and Social Suffering in Mekelle (Tigray – Ethiopia)*, Lit Verlag, Berlin: 99-129.
- Nguyen V.  
 2004 «Antiretroviral, Globalism, Biopolitics and Therapeutic Citizenship», in A. Ong, S. J. Collier (eds), *Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Blackwell Publishing, London: 124-144.
- 2006 «Attivismo, farmaci antiretrovirali e riplasmazione del sé come forme di cittadinanza biopolitica», in *Antropologia*, numero monografico: *Sofferenza Sociale*, anno 6, n. 8, 2006: 71-92.
- 2010 *The Republic of Therapy. Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Duke University Press, Durham and London.
- Nguyen V., Peshard K.  
 2003 «Anthropology, Inequality, and Disease: a Review», in *Annual Review of Anthropology*, vol. 32: 447-474.
- Ortner S.  
 2006 *Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject*, Duke University Press, Durham.
- Pandolfi M.  
 2005 «Sovranità mobile e derive umanitarie: emergenza, urgenza, ingerenza», in R. Malighetti (a cura di), *Oltre lo sviluppo*, Meltemi, Roma: 151-185.
- Quaranta I.  
 2006 «Introduzione», in *Antropologia*, anno 6, n. 8, 2006, numero monografico: *Sofferenza Sociale*: 5-15.
- Rabinow P.  
 1992 «Artificiality and Enlightenment: from Sociobiology to Biosociality», in J. Crary, S. Kwinter (eds), *Incorporations*, Zone Books, New York: 234-252.
- 2008 «Afterword: a Concept Work», in S. Gibbon, C. Novas Carlos (eds), *Biosocialities, Genetics and Social Sciences. Making Biologies and Identities*, Routledge, London and New York: 188-192.
- Racalbuto *et al.*  
 2005 *Contributo Italiano al Programma di Sviluppo del Settore Sanitario in Etiopia (HSDP). Rapporto 2005*, Cooperazione Italiana, Roma.

Reynolds Whyte S.

2009 «Health Identities and Subjectivities: the Ethnographic Challenge», in *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 23, n. 1: 6-15.

Rose N., Novas C.

2004 *Biological Citizenship*, in A. Ong, S. J. Collier (eds), *Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, Blackwell Publishing, London: 439-463.

Schirripa P.

2005 *Le politiche della cura. Terapie potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Argo, Lecce.

2010 (ed.) *Health System, Sickness and Social Suffering in Mekelle (Tigray-Ethiopia)*, Lit Verlag, Berlin.

Schirripa P., Zúniga Valle C.

2000 «Sistema medico», in *AM. Rivista della società italiana di antropologia medica*, n. 9-10, ottobre 2000: 210-221.

Surur F., Kaba M.

2000 «The Role of Religious Leaders in HIV/AIDS Prevention, Control and Patient Care and Support: a Pilot Project in Jimma Zone», in *Northeast African Studies*, vol. 7, n. 2 (New Series) 2000: 59-80.

THB

1999 *HIV AIDS Best Practice, Tigray (1999 EFY). VCT Service by Zone, Tigray Region, 1999 EFY*, Addis Abeba.

Treichler P.

1988 «AIDS, Homophobia and Biomedical Discourse. An Epidemic of Signification», in D. Crimp (ed.) *AIDS: Cultural Analysis/Cultural Activism*, MIT Press, Cambridge: 263-305.

Zempléni A.

1988 «Entre 'sickness' et 'illness': de la socialisation à l'individualisation de la 'maladie'», in *Social Science and Medicine*, vol. 27, n. 11: 1171-1182.





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 XVI<sup>th</sup> and XVII<sup>th</sup> 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

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

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

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;*

## *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](http://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](mailto:gabriella.dagostino@unipa.it)

Ignazio E. Buttitta: [ibuttitta@yahoo.it](mailto:ibuttitta@yahoo.it)

Vincenzo Matera: [vincenzo.matera@unimib.it](mailto: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.