

Varia

QUANDO LA MALATTIA DIVIENE METONIMIA DI
CONFLITTUALITÀ SOCIALI
INTERPRETAZIONI LOCALI E GESTIONE ISTITUZIONALE
DEL DIABETE

SILVIA IORIO

Department of Molecular Medicine, Sapienza University of Rome, I

SUMMARY

*WHEN DISEASE BECOMES THE METONYM FOR SOCIAL INEQUALITIES.
LOCAL CONNOTATIONS AND INSTITUTIONAL MANAGEMENT OF DIABETES*

The main purpose of this article is the observation of social dynamics and government policies related to the interpretation and management of diabetes in the rural district of Naupan, located in the northeast of the Sierra de Puebla, Mexico. Based on the analysis of the relationship established between national healthcare institutions and the local population, the study will show, through a local etiologic connotations and understanding, how the nosological category of diabetes may be viewed based on to social conflicts, hierarchies, and inequalities within the community.

*Assistenza sanitaria e gestione del diabete nelle zone rurali
del Messico*

Il Plan de prevención clínica de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 e il Sistema de indicadores de diabetes en México indicano un aumento di 60.000 morti l'anno per diabete mellito di tipo due nella popola-

Key words: Illness narratives - Diabetes - Social Inequalities

zione messicana¹. Già nei quattro anni compresi tra il 2000 e il 2004 la proporzione di mortalità generale causata dal diabete è aumentata dal 24,9 al 27,8% e, in conformità con quanto verificato a livello internazionale, è stato registrato un progressivo e rapido aumento soprattutto nelle zone rurali definite di “elevata marginalità”, in particolare, nello stato di Oaxaca e nello stato di Puebla. Prima però di addentrarci nello specifico degli interventi sanitari rivolti al contenimento del diabete mellito, si rende necessaria, seppur attraverso brevi cenni, un’introduzione esplicativa sull’evoluzione del concetto di salute pubblica in Messico. I molteplici cambiamenti strutturali di matrice neoliberale degli ultimi decenni hanno influenzato profondamente la configurazione del sistema sanitario nazionale, nell’ambito del quale si sta tentando di coniugare la necessità di una razionalizzazione della spesa pubblica con quella di espandere la presenza di presidi sanitari di base su tutto il territorio, soprattutto in quelle zone rurali dove maggiore è la presenza di popolazione indigena². Considerando il concetto di salute pubblica quale “gestione della salute collettiva governata dallo Stato, che pone il problema della possibilità di accesso alle risorse che garantiscono il benessere”³, è possibile notare come in Messico sia stato necessario attendere il periodo post-rivoluzionario per intravedere le prime mosse di una pianificazione politica che includesse l’integrazione delle zone rurali nel dibattito nazionale sulla salute. In una prima fase lo Stato messicano ha infatti gestito la difficile integrazione delle comunità indigene nel quadro istituzionale di tutela della salute tramite politiche di stampo assimilazionista e solo successivamente attraverso il processo di avvicinamento a una prospettiva più attenta alle specificità locali e al concetto di “pluralismo”. All’interno delle politiche sanitarie messicane sarà solo tra la fine degli anni Settanta e la fine degli anni Ottanta che, sulla scia delle linee guida formalmente istituite a livello internazionale da Alma Ata, si farà più presente l’attenzione verso l’emergenza sanitaria che ancor oggi interessa le aree rurali

del paese, caratterizzate da una consistente presenza di popolazione indigena ad alto grado di emarginazione. I principali provvedimenti realmente attivati in materia di politiche sanitarie nelle zone rurali e di cui è riscontrabile un effettivo impatto sono il *Seguro Popular* e il *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. Tali strumenti d'intervento, entrambi destinati alle fasce fragili della popolazione, senza l'attuazione di altre e più funzionali linee programmatiche specificamente predisposte, tradiscono chiaramente la logica di diversificazione sociale insita nelle politiche sanitarie messicane, tendenti a mantenere strutturalmente distinte le zone rurali da quelle urbane, anche in circostanze di analoghe emergenze sanitarie. Il *Seguro Popular* - che rappresenta una forma di assicurazione rivolta a tutte le persone prive di una specifica copertura sanitaria - è articolato intorno agli assi della medicina preventiva, dell'assistenza medica di base e della medicina d'urgenza. Garantisce, infatti, il cosiddetto *paquete básico*, consistente nell'erogazione di servizi sanitari compresi in dieci priorità di assistenza medica, tra cui si annovera la fornitura di medicinali e di assistenza a pazienti diabetici, nonché l'accesso ai servizi di laboratorio.

Dal canto suo, il *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades* può sinteticamente definirsi un programma assistenzialistico offerto alla popolazione a livello nazionale, basato sull'erogazione bimestrale di sussidi pecuniari alle famiglie che vi aderiscono, secondo una strategia di azioni congiunte in tre settori: salute, educazione e alimentazione. Nel settore della salute il programma offre l'accesso alle prestazioni sanitarie previste dal *paquete básico*, lo *screening* della popolazione e degli incontri mensili di educazione socio-sanitaria. L'accesso ai servizi sanitari, inoltre, è strettamente vincolato agli obblighi - *coresponsabilidades*, in gergo tecnico e strategicamente allusivo ad un senso di "responsabilità" - che *Oportunidades* impone alle famiglie beneficiarie. Così la partecipazione della popolazione alle diverse strategie rese operative dal Programma è condi-

zione determinante per ricevere il sostegno economico e accedere ai servizi di prevenzione. Dall'analisi dei documenti ufficiali emerge come la *corresponsabilidad* sia il principio ispiratore fondamentale nella logica dell'intero programma, che lo considera un elemento imprescindibile ai fini del conseguimento dei propri obiettivi:

Oportunidades [...] considera di estrema importanza incrementare e rafforzare le corresponsabilità delle famiglie per migliorare ed elevare il livello di benessere. Per tale ragione la convinzione del Programma si basa sulla partecipazione attiva delle famiglie a tutte quelle azioni che permettono il potenziamento delle capacità essenziali di ogni individuo. La partecipazione permette alle famiglie di assumere un ruolo attivo nell'incrementare la propria salute (Oportunidades 2007: 16).

Il “ruolo attivo” richiesto alla popolazione, consistente nel gestire le reti di cura congiuntamente ai diversi partner istituzionali del settore salute, è una concezione che affonda le proprie radici nel riformismo neoliberale. Un tale sistema d'intervento tende a inserirsi nelle pratiche quotidiane proiettando sulla società stessa, responsabilizzandone i membri, l'efficienza e l'efficacia delle politiche governative⁴. Come risulta chiaro, si tratta di una prospettiva che non è rivolta alla presa in carico della popolazione, quanto piuttosto a diffondere un comportamento preventivo che incentivi la ristrutturazione delle abitudini quotidiane della comunità. L'opera di *screening*, l'educazione alla salute, la responsabilizzazione dell'individuo e l'incentivazione all'autocura sono infatti gli obiettivi trasversali di questo programma. Trattandosi, com'è evidente, di una responsabilizzazione rivolta a comunità strutturalmente escluse dall'accesso all'economia di mercato regionale e nazionale, risulta arduo pensare ad una reale possibilità per i loro membri di avviare e mantenere un'adequata ristrutturazione della vita quotidiana. La popolazione stanziata nelle aree rurali di tutto il Paese risulta essere vittima tanto della segregazione sociale, troppo spesso relazionata all'affiliazione

etnica, quanto della discriminazione politica, in parte riconducibile alla mancanza di un reale accesso ai servizi sanitari pubblici, restando così fondamentalmente privata del diritto al mantenimento delle condizioni di salute.

Nello specifico della patologia diabetica, l'azione congiunta dei due principali strumenti di intervento adottati in ambito di politiche sanitarie incide sulla prevenzione, sulla diagnosi e sul controllo delle malattie croniche, escludendo però una presa in carico istituzionale di tutte le numerose complicazioni che generalmente caratterizzano il decorso della malattia. Una simile impostazione programmatica lascia ben intravedere come lo strumento della prevenzione si attui fondamentalmente attraverso una visione organicistica della malattia che adotta il controllo metabolico quale principale strumento per arginare il tasso di mortalità e le diverse complicazioni tardive del diabete. La finalità curativa di *Oportunidades* e del *Seguro Popular* è perciò quella di permettere ai pazienti diabetici di gestire nel migliore dei modi il proprio stato di salute grazie all'acquisizione di un elevato livello di autonomia nel "saper fare" e di un maggiore investimento personale in termini di prevenzione, rendendo l'individuo capace di anticipare possibili crisi acute. In tal senso si cerca di garantire un servizio informativo-pedagogico di base grazie al quale il paziente possa operare autonomamente sulla propria vita, ristrutturando le proprie abitudini, accedendo ai farmaci e alle visite di controllo e partecipando allo *screening*: di modo che, ogni qual volta un paziente diabetico finisca per riscontrare complicazioni nell'andamento della sua malattia, queste ricadono interamente nella sfera della sua responsabilità personale. Tale strutturazione del *Piano nazionale di prevenzione clinica delle malattie croniche 2007-2012*, è chiaramente inapplicabile nella realtà delle diverse comunità rurali, le quali comprendono unità di assistenza sanitaria di primo livello che presentano una rilevante carenza di apparecchiature, personale e farmaci, mostrando un'offerta biomedica incapace di garantire una piena funzionalità.

Nonostante l'attenzione che questi due programmi mostrano verso le patologie cronic-degenerative e nonostante le linee programmatiche del *Piano nazionale di prevenzione clinica delle malattie croniche 2007-2012* dimostrino preoccupazione per il costante aumento delle malattie croniche nelle fasce di popolazione più fragili, le diverse proposte di intervento effettivo presentate dal piano sanitario non si adattano minimamente alle criticità riscontrabili nei contesti disagiati del paese. Ad aumentare la criticità insita nell'applicazione di tali politiche sono le concezioni locali intorno alla salute e alla malattia, che in molti casi, divergendo da quella inerente al paradigma biomedico, determinano la mancata integrazione fra il sistema sanitario pubblico e una popolazione che a esso affianca l'operato di specialisti locali - non solo per ragioni economiche e strutturali, ma anche socio-culturali - che condividono i medesimi repertori cognitivi con cui affrontare uno stato percepito localmente come patologico. Oltre al livello di sviluppo delle infrastrutture territoriali e ai differenti orientamenti cognitivi, conoscitivi e valoriali che influiscono sullo sviluppo terapeutico di ogni soggetto, le variabili causali che sono ritenute incidere sulla diffusione del diabete vanno conseguentemente rapportate allo stress cronico prodotto dalla precarietà delle condizioni di vita, al disagio fisico, psichico e sociale, a fattori genetici e all'adozione di un regime alimentare tendenzialmente responsabile di malnutrizione e obesità⁵. Una simile visione della patogenesi del diabete rimanda a una concezione dello stile di vita incentrata sull'appartenenza di un individuo o di una comunità a un determinato settore del tessuto sociale, in cui la capacità di azione può essere fortemente limitata dalle profonde disuguaglianze interne⁶. Il riferimento, infatti, è a comunità rurali che, a causa delle barriere economiche, si scontrano continuamente con l'evidenza di non poter essere attivamente partecipi delle dinamiche globali. Da qui emerge l'urgenza di un cambiamento di prospettiva all'interno della razionalità medica nel campo delle politiche sanitarie: l'esigenza di guardare al contenimento della patolo-

gia diabetica in termini di controllo metabolico va necessariamente ripensata, riconducendola anche e soprattutto all'ambito sociale. È a partire da tale constatazione che, attraverso una attività di ricerca sul campo intorno alle categorie nosologiche locali, è nato l'interesse di indagare i processi di salute/malattia/cura del diabete nella comunità rurale di Naupan (Puebla, Messico). Il presente contributo si incentra sulle negoziazioni messe in atto dagli attori sociali di fronte alla progressiva diffusione della biomedicina in un contesto caratterizzato da un pluralismo medico fortemente stratificato. Negoziazioni che permettono di mostrare le dinamiche sociali connesse ai processi di interpretazione e gestione della nosologia biomedica del diabete, analizzando le forme di appropriazione e rifunzionalizzazione dei discorsi istituzionali. I fenomeni di sovrapposizione fra categorie diagnostiche locali e categorie biomediche, il frazionamento dei percorsi terapeutici plurali - così come i possibili fraintendimenti nel confronto tra modelli esplicativi - riflettono la complessità insita nel campo delle terapie di Naupan, a sua volta palesata nelle pratiche e negli usi sociali dei diversi orientamenti cognitivi concernenti il diabete. Per quanto il paradigma biomedico sia quello che maggiormente orienta il processo di denominazione di tale categoria diagnostica, i modelli di identificazione, localizzazione, diagnosi e gestione del diabete rivelano una pronunciata diversificazione a seconda del contesto sociale, della condizione economica e del bagaglio culturale di ogni singolo individuo. Così l'allarme espresso a livello governativo rispetto alla diffusione incontrollata di tale patologia viene recepito ed esperito dalla popolazione *naupeña* attraverso il proliferare di diversi processi di autodiagnosi di diabete privi di qualsivoglia riscontro clinico. La relazione tra l'autodiagnosi del diabete e la legittimità del discorso biomedico nel ristrutturare i comportamenti e le abitudini individuali e collettivi verrà illustrata attraverso la narrazione di una donna nativa "sana" che significativamente rifunzionalizza i contenuti informativo-pedagogici provenienti dalle istituzioni sanitarie ri-

ferendoli alla dimensione familiare e sociale anziché alla dimensione organicistica della malattia.

Metodi

Il presente contributo ha come obiettivo l'analisi delle dinamiche sociali e politiche connesse ai processi di interpretazione e gestione del diabete mellito di tipo due nella comunità nahua di Naupan, municipio rurale nel Nord dello Stato di Puebla (Messico). Partendo dall'osservazione del dialogo instauratosi tra l'istituzione sanitaria nazionale e la popolazione, si tratterà di mostrare come, attraverso i discorsi eziologici locali, la categoria nosologica del diabete possa essere posta in relazione con conflitti sociali, gerarchie e disuguaglianze interne alla comunità. L'analisi presentata deriva da uno studio etnografico condotto nella comunità nahua (1.614 persone) del municipio rurale di Naupan (Huauchinango, Puebla, Messico). Lo studio promosso dalla Missione Etnologica Italiana in Messico, è stato finalizzato alla comprensione delle concettualizzazioni mediche in riferimento all'orizzonte cognitivo-valoriale della medicina locale che si discosta fortemente da quello importato negli ultimi trent'anni, appartenente al modello biomedico e adottato dai centri di salute primaria presenti sul territorio municipale. L'indagine ha compreso l'osservazione partecipante, trenta interviste strutturate e semistrutturate individuali e dieci incontri di gruppo. L'osservazione partecipante è stata condotta all'interno dei luoghi di cura sia biomedici sia della medicina locale e delle abitazioni private. Le discussioni e le interviste sono state svolte in lingua spagnola (la popolazione parla lo spagnolo oltre all'idioma locale nahuatl), in specifici casi ci si è avvalso del supporto di informatori bilingue. Tutte le interviste sono state registrate e trascritte letteralmente, anche qui, in alcuni casi si è reso necessario il supporto di interlocutori bilingue. Per ricostruire le dinamiche che determinano la complessità in cui si articola la sfera della salute, della malattia e della cura nell'orizzonte

culturale locale, è stato quindi necessario individuare i seguenti focus di analisi: (1) le rappresentazioni della popolazione locale in merito alle concezioni di corpo/salute/malattia/guarigione; (2) la complessità dell'evento malattia scomponibile in *disease*, *illness* e *sickness*; (3) l'identificazione di itinerari terapeutici prototipici utili a sistematizzare le modalità di utilizzo delle risorse terapeutiche locali.

Il contesto locale

Situato a un'altitudine di 1.596 metri s.l.m., nella parte più settentrionale della Sierra Norte di Puebla, Naupan è un Municipio di quasi 10.000 abitanti riconosciuto ufficialmente come *indígena* dalla *Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas* che ascrive il 99% della popolazione locale al gruppo nativo di etnia nahua. L'isolamento geografico che da sempre caratterizza le zone montuose della Sierra come spazio di rifugio, non ha ostacolato i profondi mutamenti dell'assetto socio-economico della comunità che nel corso di circa trent'anni è stata raggiunta da diverse strutture sanitarie di primo livello, da strutture scolastiche e da ripetitori televisivi. Rimane comunque evidente la carenza di collegamenti tra l'estesa comunità rurale di Naupan e il vicino contesto urbano di Huauchinango. Sono molti i *naupeños* che oggi si dedicano al pendolarismo per sfruttare le offerte lavorative della città; un fenomeno relativamente recente, dato che in passato, proprio a causa dei difficili collegamenti tra Naupan e il contesto esterno, risultava più vantaggiosa la migrazione permanente. Generalmente sono i giovani che una volta completata la scuola secondaria tendono a spostarsi nelle grandi città messicane o nella vicina Huauchinango, determinando di conseguenza un innalzamento del livello di anzianità della popolazione locale. Sono invece rari i casi di migrazione verso gli Stati Uniti d'America, molto diffusi in altre zone del Messico. La distribuzione demografica, nelle numerose *agencias municipales*, è piuttosto frammentaria: distanziandosi gradualmente dal centro del

Minicipio si costituiscono piccoli nuclei abitativi isolati. Le abitazioni in muratura stanno progressivamente sostituendo quelle numerose costruite con tetto in lamiera di cartone, pareti di tavole di legno e pavimento in terra. Infatti, sono stati stanziati diversi finanziamenti governativi nel Municipio per attivare i servizi basici di elettricità, di drenaggio dell'acqua, di pavimentazione delle abitazioni, di costituzione e manutenzione delle strade, eccetera. Nel caso di Naupan, il Municipio è provvisto ovunque di elettricità, mentre le fognature e gli altri servizi diminuiscono nelle diverse agenzie municipali man mano che ci si allontana dalla *cabecera*. Proprio questa, del medesimo nome del Municipio, centro dell'attività amministrativa locale, è il luogo di maggiore integrazione economica e culturale con i vicini centri urbani. Non è un caso che il 99% degli abitanti di questa agenzia conosca almeno a livello basilare l'idioma nazionale oltre a quello *nahuatl*. L'obiettivo della ricerca etnografica a Naupan è stato costantemente focalizzato sull'analisi del sistema medico locale all'interno del quale l'utente può orientarsi fra una gamma di scelte che spazia fra diversi orizzonti culturali, i quali fanno capo a professionisti socio-sanitari di tipo biomedico (pubblici e privati), a professionisti della medicina locale (terapeuti definibili come professionali, non professionali e domestici), a sacerdoti della Chiesa Cattolica e Protestante. Di fronte alla vasta scelta di opzioni terapeutiche la popolazione *naupeña* si muove dinamicamente integrando e rigettando concetti medici provenienti dai diversi orizzonti culturali, in un'opera di continua fabbricazione di saperi, intesi come conoscenze più o meno organizzate e trasmissibili riguardanti la malattia, le sue cure e le modalità di prevenzione e di interpretazione. Come osservato, ciò che determina la scelta di una o più risorse terapeutiche negli itinerari terapeutici locali o - come ancor più spesso accade - la scelta simultanea di più risorse diverse tra loro sono perlopiù ragioni economiche e strutturali, sebbene finiscano poi per svolgere un ruolo altrettanto eminente anche le concezioni inerenti la definizione

di salute e di malattia, come d'altronde le rappresentazioni del corpo, della persona, della società nel suo insieme e del mondo (umano e extraumano). Il processo di decisione dell'itinerario terapeutico si origina molto spesso nello spazio intimo di scambio informale e quotidiano di rassicurazioni, informazioni e consigli, generato dalla comunicazione fra il soggetto sofferente e le persone o le istituzioni a lui più vicine. A Naupan si apre uno scenario plurale in cui l'itinerario terapeutico di ogni soggetto può individuare un percorso indirizzato alla biomedicina, alla medicina tradizionale, alla religione o molto spesso il ricorso simultaneo a più e diverse risorse materiali e simboliche. Nel considerare i movimenti a volte tortuosi che l'infermo e la sua famiglia mette in atto per fronteggiare l'evento malattia va inoltre preso in considerazione il tema - per niente secondario - del tipo di accessibilità alle varie risorse terapeutiche presenti in un determinato territorio. Il sistema sanitario governativo installato in questo scenario rurale comprende tre *Centros de Salud*⁷ (di primo livello all'interno della scala di assistenza sanitaria), pertinenti alla SS (*Secretaría de Salud*), due *Centros de Salud*, sempre di primo livello, ma sotto la giurisdizione dell'IMSS (*Instituto Mexicano del Seguro Social*), e sei *Casas de Salud* che svolgono il ruolo piuttosto marginale di fornitura di medicinali all'interno delle frazioni territoriali più distanti dai centri di salute. Il secondo livello di servizio per la salute pubblica, localizzato a Huauchinago, è l'*Hospital General*, mentre per usufruire di attenzioni mediche specialistiche è necessario raggiungere da Naupan un altro Municipio ancora: quello di Pahuatlán. Il Centro di salute di responsabilità della *Secretaría de Salud* (il quale, situato nella *cabecera municipal*, gestisce una larga parte del territorio) ha potuto rispondere alle esigenze sanitarie della popolazione circostante pari a 1.691 persone solamente attraverso la presenza delle tre figure che, oltre al medico generale, sono previste dalla *Secretaría de Salud* nel settore dell'assistenza primaria: ovvero due infermiere, un promotore di salute e un addet-

to alla salute dentale. Fra le diverse risorse sanitarie governative il percorso d'indagine ha coinvolto nello specifico il *Centro de Salud* della *Secretaría de Salud* situato nella parte centrale della *cabece-ra* di Naupan. Attraverso l'attività di ricerca intorno alle categorie nosologiche locali è nato l'interesse di indagare i processi di salute/malattia/cura del diabete nella comunità rurale di Naupan.

Il diabete e le donne che “se quedan calladas”

Mi sentivo soffocare, mi stavo ammalando. Ero molto debole e sentivo che la gente parlava male di me e che tutti mi odiavano... non avevo soldi. È per questo che il mio cuore era malato, tutte queste preoccupazioni. Quando tutto quello che ruota intorno è negativo, se non ti sfoghi ti viene il diabete... e poi da quella situazione davvero non si può più tornare indietro. [...] Avevo perso il mio bambino poco dopo la nascita e... sai com'è la gente. Non capiscono che hai un marito che non ti aiuta. Tutti mi guardavano con disprezzo, come se fosse colpa mia. È da quel momento che ho iniziato a stare male e se non fossero cambiate le cose mi avrebbe colpito il diabete. [...] Sono stata così male per molti anni. Alla clinica mi davano le medicine e io cercavo di curarmi. Poi, le cose sono cambiate e per questo non mi ha colpito il diabete. Se non ti vuoi ammalare di diabete ti devi sfogare, devi parlare, devi cambiare le cose che ti fanno stare male (Josefina 12/02/2010).

Josefina è una donna di circa quarant'anni, scolarizzata, che dichiara di possedere un discreto livello di familiarizzazione sia con il paradigma biomedico sia con quello della medicina locale e che associa le sue preoccupanti condizioni di vita a un malessere che con il tempo l'avrebbe resa vulnerabile alla malattia cronica del diabete. Una tale narrazione rende chiaramente visibile la trama che connette a una situazione di sofferenza individuale significati e comportamenti dotati di una profonda storicità. Josefina, infatti, ci fa capire attraverso quali meccanismi un malessere sociale possa essere incorporato sotto forma di una determinata patologia. A partire da questi presupposti, l'analisi delle dinamiche di produzione del sapere loca-

le intorno a categorie esogene come il diabete non può prescindere dall'esaminare l'uso che gli attori sociali ne fanno e le conseguenze sociali e politiche che da esso possono derivare.

Nel dibattito antropologico è stata abbondantemente sviluppata una prospettiva analitica che si propone di indagare le multiformi riflessioni retrospettive dei pazienti affetti da malattie croniche attraverso l'esplorazione delle reti semantiche e dei modelli esplicativi. Proprio in riferimento alla categoria del diabete, diversi antropologi hanno tentato di sistematizzare i modelli eziologici dei pazienti assumendo il disagio emotivo come idioma attraverso cui poter esprimere la sofferenza sociale e individuale. Dal panorama emerso possono essere distinti tre assi che sintetizzano le prospettive dei diversi autori: (1) un primo asse, riferito al fenomeno dell'acculturazione biomedica, dimostra come i modelli esplicativi dei pazienti i cui repertori cognitivo-valoriali differiscono dal paradigma biomedico abbiano la tendenza a denunciare un disagio emotivo generalizzato come causa determinante per l'insorgere del diabete⁸. (2) Un secondo asse, riguardante i processi di modernizzazione e mondializzazione delle comunità rurali, è ben sintetizzato dal lavoro di Melanie Rock⁹, svolto fra i Cree e gli Inuit del Canada, dove il diabete è associato al declino del complesso di valori tradizionali. Tale dinamica può coinvolgere sia una comunità, nel caso dell'ingresso di un modello di vita sociale, politica ed economica percepito come estraneo, sia un individuo, qualora questi si trovasse catapultato, attraverso il processo migratorio, da un contesto rurale familiare a un contesto urbano sconosciuto. (3) Infine il terzo asse, orientato verso una prospettiva più generalizzante e onnicomprensiva, include al suo interno tutti quegli accadimenti o circostanze che, prolungati nel tempo, i pazienti diabetici associano a forme specifiche di disagio sociale. In tal senso ci si riferisce a quell'ampia corrente antropologica che, assumendo la malattia come idioma socioculturale, intreccia il corpo all'esperienza emozionale vissuta dall'individuo¹⁰. L'analisi della di-

mensione individuale della sofferenza ha dimostrato la sua funzionalità consentendo all'antropologia di estendere le sue categorie analitiche dal livello microsociale verso le più ampie reti dei rapporti di forza economici e politici. Dal complesso del materiale etnografico è emerso quanto i tre diversi assi descritti vengano continuamente sovrapposti e intrecciati dagli attori sociali in modelli esplicativi plurali poggiati su piani che sono insieme materiali e immateriali, sociali e politici. Il basso livello di acculturazione e d'integrazione sociale ed economica nel contesto nazionale messicano, le disparità in materia di salute e l'acuirsi della vulnerabilità di alcuni individui sono tutti fattori presenti, secondo le diverse sfumature soggettive, nei discorsi che circolano intorno al diabete. A Naupan, infatti, il decadimento dello stato di salute in seguito a un evento traumatico viene spiegato attraverso la compromissione di quegli organi che, rappresentativi delle qualità morali e dunque della personalità, della dignità e della forza dell'individuo, sono eletti dalla popolazione a simboli attraverso cui esprimere diverse forme di sofferenza¹¹. Come emerso durante la ricerca sul campo, la condizione di malessere individuale, provocata da uno stress emozionale di qualsiasi tipo, peggiora quando la persona coinvolta trascura l'iniziale alterazione dello stato di salute, determinando così un aggravamento progressivo, capace poi di degenerare in disordini fisiologici che a loro volta favoriscono l'aggressione di malattie croniche, potenzialmente mortali.

Per tornare al caso particolare sopra citato, il diabete è presentato nella storia di Josefina come una malattia a cui è potuta sfuggire: un malessere interno/esterno che, come racconta, avrebbe potuto trascinarla in una condizione percepita come irreversibile. La materializzazione interna dei conflitti con i vicini, così come delle preoccupazioni per le difficoltà economiche, per la morte del figlio, per problemi familiari e inter-coniugali viene localizzata nel cuore, che secondo la tradizione locale è il luogo dove risiedono l'agentività, la coscienza e le qualità dell'individuo. Non stupisce dunque che,

come espresso da numerosi individui interpellati, la compromissione del cuore sia considerata prodromica rispetto all'insorgere del diabete: "mi fa male il cuore, e poi questo è quello che si converte nel diabete" (Reynalda 19/11/2009). Il diabete rappresenta localmente lo stadio di massima gravità di qualsiasi stress emotivo. Nelle narrazioni degli individui interpellati le due principali eziologie chiamate in causa erano lo spavento e la rabbia e nondimeno, nel corso dei resoconti di malattia, vengono denunciati anche stati di forte preoccupazione e di tristezza. Altrove ho analizzato i processi di localizzazione e di diagnosi, le pratiche di cura e prevenzione che nell'immaginario collettivo rappresentano il modo di elaborare la patogenesi di questa malattia a Naupan¹². Il dato che qui è utile rimarcare non implica soltanto l'evidente distanza dal paradigma biomedico - messa in evidenza da tutte le rappresentazioni locali del diabete riconducibili a concezioni differenti dello statuto ontologico di corpo, persona e malattia - ma concerne l'inserimento di questa patologia nelle diverse sfaccettature del discorso quotidiano. Come dimostra il caso di Josefina, infatti, il diabete è una categoria diagnostica verso cui anche individui "sani" rivolgono parte delle loro attenzioni.

Se da un lato è chiaro quanto ancora parziale sia l'impatto dell'operazione pedagogica delle istituzioni sanitarie nell'ambito dell'educazione alla salute, sembra però che le campagne di prevenzione al diabete, i ripetuti *screening* a cui la popolazione viene sottoposta e l'allarme sanitario largamente diffuso in tutte le zone del Paese abbiano determinato un'evidente sensibilizzazione verso la pericolosità della patologia. Per di più, l'effettiva influenza del diabete sul quadro epidemiologico locale¹³ e l'accostamento di questa malattia a categorie diagnostiche emozionali del repertorio nosologico tradizionale sono alcuni dei diversi fattori che, seppur in parte, spiegano l'elezione del diabete a idioma privilegiato per descrivere i diversi stati di sofferenza.

A quel tempo mio marito si riuniva con i suoi amici e beveva, beveva molto! Tornava a casa ubriaco e iniziava a fare cose brutte. E tu non sai cosa fare, vedi che è normale, lo impari da tua mamma che è normale, non hai soldi, non sai come fare. Mio marito mi maltrattava molto, mi picchiava. Un giorno arrivò a minacciare me e sua figlia con la pistola. E se tu ti spaventi, se hai paura... e fai finta di nulla e vai avanti... ti comincia a far male il cuore. Il cuore è una pallina, è il motore della vita. È quando senti una cosa nel cuore, come un dolore, come se il tuo cuore è pieno e vuole esplodere [...] se parli, il male esce dal tuo corpo. La malattia del diabete è questo. Inizia dal cuore, da dentro, poi va nella testa e poi nel sangue. Se non parli ti rimane la tristezza dentro. [...] Ma io no, io sono una donna che parla, che si sfoga. [...] Così io non mi ammalo! (Josefina 25/01/2010).

Ciò di cui gran parte degli intervistati sembra avvalersi come atteggiamento di prevenzione rispetto al diabete, ben lungi dal riguardare il sistema metabolico, è invece un comportamento messo in atto sul piano etico e sociale. Il riferimento è a pratiche di individuazione della sofferenza o delle responsabilità individuali e sociali attraverso un processo dialogico che permette di “scaricare” le emozioni negative: “se non dico nulla è chiaro che mi ammalo” (Carmela 18/11/2009).

Quando ero più piccola mi lasciavo picchiare. Non dicevo nulla. Sopportavo tutto perché non sapevo cosa fare, con chi parlare. Ero lontana dalla mia famiglia e dalle persone che conoscevo. Se parlavo avevo paura. Dunque, quando ero molto preoccupata andavo continuamente alla clinica a farmi misurare il diabete, ma l’infermiera mi diceva che non avevo nulla, che dovevo stare calma. [...] Uno pensa che è normale. [...] Ora, non sono più piccola, sto diventando grande! (Josefina 25/01/2010).

La sofferenza a cui fa riferimento Josefina è relativa a una condizione di disuguaglianza di genere, dipendente dal *machismo* dominante in Messico. All’interno delle relazioni domestiche disuguaglianza e alcolismo sono fra i più diffusi strumenti di violenza che strutturano la relazione uomo/donna, a partire da situazioni familiari specifiche. Attraverso l’alcol, infatti, si possono stabilire tra i membri del grup-

po domestico relazioni di potere e micropotere non necessariamente limitate al fenomeno della supremazia maschile, di cui la violenza sulle donne è solo una delle molteplici sfaccettature¹⁴. Per Josefina la vulnerabilità al diabete è descritta in termini che assommano problemi di dipendenza economica, violenza, alcolismo, isolamento sociale, di incapacità a esprimere il disagio provato, di un'agentività interdetta dalle abitudini sociali caratteristiche del contesto familiare e comunitario in cui è cresciuta. Così l'individuazione degli abusi subiti diviene parte del complesso di prevenzione che porta a evitare la degenerazione di stati patologici considerati minori che avrebbero potuto sfociare nella malattia del diabete. Agendo sia sul piano meccanico-simbolico sia sul piano etico-sociale viene scongiurata la minaccia della cronicità. In un certo senso, un'opera di prevenzione così concepita richiama quei concetti di autonomia, responsabilizzazione e ristrutturazione delle abitudini di vita promossi dalle politiche sanitarie governative sopra descritte.

Quando ero piccola non pensavo di poter parlare, adesso sì... per questo non mi ha colpito il diabete. Tutti mi dicono che sono una donna coraggiosa. [...] È con il Programma che ho imparato queste cose. Molte persone non capiscono quello che dice il dottore, ma io scrivo tutto, così non lo dimentico (Josefina 03/02/2010).

Paradossalmente, rispetto a quanto riportato nel paragrafo precedente a proposito dell'inadeguatezza dei programmi sanitari nei contesti rurali del Messico, Josefina attribuisce il suo riscatto da una situazione di "subalternità normalizzata" al *Programa Oportunidades*. Il programma prevede per ogni famiglia beneficiaria di individuare una donna, madre di famiglia, come titolare unica dei sussidi pecuniari. Le donne della comunità sono quindi direttamente responsabili non solo del sostegno economico, ma anche le uniche componenti della famiglia ad avere l'obbligo periodico di partecipare agli incontri di educazione socio-sanitaria, pena l'esclusione dell'intero nucleo fa-

miliare dai benefici del programma. I temi trattati durante queste ore di educazione alla salute e all'autocura non riguardano solamente la prevenzione delle patologie, come nel caso del diabete, ma perseguono un orientamento pedagogico multidimensionale al cui interno vengono toccati anche i problemi della violenza familiare, della differenza di genere, dell'alcolismo, della partecipazione sociale.

Contestualizzando l'interpretazione di Josefina, che attribuisce la sua salute e di conseguenza il cambiamento delle sue condizioni di vita all'azione informativo-pedagogica di *Oportunidades* e ai sussidi ricevuti come titolare del programma, sarà utile fare un breve approfondimento riguardo alle strategie di *empowerment* caratterizzanti il programma, per poi specificare quali eventi congiunturali abbiano permesso alla donna di riscattarsi da una condizione di forte oppressione, riducendo così, secondo le sue parole, il rischio di ammalarsi di diabete.

Di fondamentale importanza è anzitutto capire come possa un programma orientato a un'utenza esclusivamente femminile annullare le asimmetrie inscritte negli *habitus* di entrambi i generi. Il luogo comune più ricorrente evoca la pericolosità insita nel fatto che siano le sole donne a detenere il sussidio monetario, spesso maltrattate e poi private di tale risorsa economica dai membri maschili del nucleo familiare. Di fatto sembra che *Oportunidades* ricalchi ciò che Pierre Bourdieu¹⁵ definisce come "volontarismo sovversivo", dimostrando quanto il genere, ben lungi dall'essere un ruolo attribuito a un atto di volontà, sia invece iscritto nel corpo, socialmente plasmato in ogni suo senso e incorporante l'*habitus*. I corpi che i modelli culturali producono sono i medesimi corpi che vivono nel mondo producendo cultura, praticandola e ricreandola in maniera soggettiva. Introiettare significa allora fare profondamente proprie, fino all'assimilazione, capacità che divengono poietiche. In tal senso il credito economico è un attributo distintivo del genere dominante maschile e proprio per questo gravido di significanza simbolica, soprattutto nelle socie-

tà rurali, dove le donne sono le vittime privilegiate dei meccanismi maschilisti dell'economia e della gestione dei beni. Il principio della titolarità femminile delle risorse erogate vorrebbe essere "il fine che può potenziare le donne affinché raggiungano maggiori opportunità, genuinamente egualitarie, per il pieno sviluppo della propria personalità"¹⁶, sebbene questo tentativo di alleviare le disuguaglianze di genere si riduca, nei fatti, a un meccanismo istituzionale che garantisce la perpetuazione della differenziazione dei generi, evidenziandone e ricalcandone i tratti storicamente distintivi.

Oltre al sussidio monetario, a riscattare la condizione di vita di Josefina è stato senz'altro il mutamento nella struttura familiare dovuto all'abbandono da parte del marito, il quale, spostatosi in un altro municipio, ha costruito una nuova relazione con un'altra donna. Josefina, rimasta sola con la figlia, è così potuta tornare a vivere con i suoi genitori. Da questo momento, spartendo con loro l'attività lavorativa nel settore agricolo, ha iniziato a costruirsi una propria autonomia economica, supportata dal sussidio monetario previsto dal programma *Oportunidades*. Il modello residenziale di tipo patrilocale, imperante nel municipio di Naupan, aveva in passato costretto la donna a risiedere nell'abitazione del marito, isolandola in tal modo dal contesto sociale e familiare in cui era cresciuta. Oggi Josefina vive con un uomo che, non possedendo beni familiari e quindi non potendo contribuire allo sviluppo dei processi produttivi della famiglia di appartenenza, ha acconsentito a integrarsi nel gruppo domestico della compagna, ricavandone il beneficio di una residenza e ricambiandolo attraverso il contributo economico che il suo impiego in un forno del municipio gli permette. Le regole residenziali possono svolgere una funzione significativa nel determinare i concreti comportamenti sociali e per tale ragione vanno considerate unitariamente ai ruoli di ciascun individuo rispetto al concetto di gruppo, classe o genere. Avendo creato un rapporto di mutualità economica con la sua famiglia, Josefina esercita il diritto di usufrutto dei possedimenti familiari

contribuendo allo sviluppo economico del nucleo residenziale. Nel contesto sociale ha così affermato un ruolo meno marginale, che si riflette anche all'interno della neo-situazione coniugale, dove sostiene di aver acquisito capacità di agire, richiamandosi al concetto di autodeterminazione che per lungo tempo le era stato negato.

La malattia va considerata una realtà sociale in grado di mettere in questione rapporti di potere che essa stessa contribuisce a rendere visibili. Alla luce di quanto detto, il binomio salute/malattia può essere definito sia come “costruzione culturale” - ovvero “nozione” che si fonda sui saperi ufficiali - sia come “costruzione politica”, intendendo le pratiche e le azioni che derivano dalla sua rifunzionalizzazione e che contribuiscono a costruirlo¹⁷. In quest'ottica il processo di ridefinizione e negoziazione della salute è continuo e ne sono parte integrante malati, professionisti e istituzioni sanitarie. Il fatto di poter esser colpiti da una patologia come il diabete può essere interpretato come il segno tangibile di situazioni problematiche, e allo stesso tempo tale minaccia diviene uno strumento attraverso cui è possibile negoziare cambiamenti all'interno di relazioni familiari e comunitarie: “quando ero molto preoccupata andavo continuamente alla clinica a farmi misurare il diabete, ma l'infermiera mi diceva che non avevo nulla” (Josefina 25/01/2010). Il diabete, allora, invece di essere oggettivato come vorrebbe il paradigma biomedico, rappresenta uno strumento che traduce preoccupazioni, incertezze comuni o crisi individuali, raccontando anche di conflitti politici, economici e sociali, fattori alla base dell'emergenza sanitaria. La medicalizzazione degli stati emotivi a Naupan diverrebbe così una delle tante strategie possibili per dare legittimità di espressione alla sofferenza sociale, attraverso il linguaggio della medicina istituzionale. In conseguenza di ciò, uno stato “normale” di sofferenza, taciuta perché endemica, può essere rielaborato come “anormale” tramite un processo di patologizzazione delle emozioni preoccupanti, interpretate come causa del diabete. Da qui nasce l'urgenza di accostarsi al tema

della salute pubblica attraverso una prospettiva che non trascuri più le differenti negoziazioni in cui gli attori sociali sono costantemente coinvolti e in cui mettono in gioco risorse e capitali differenti in rapporto a cambiamenti storici e sociali.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. SECRETARÍA DE SALUD, *Plan de prevención clínica de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 y Sistema de indicadores de diabetes en México*. Mexico, Secretaría de Salud, 2008.
2. La denominazione di “indigeno” volta a connotare determinate fasce della popolazione è applicata dalla *Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos Indígenas* messicana sulla base di indicatori di tipo linguistico e di criteri di autoidentificazione, per quanto invero possa risultare complesso individuare confini identitari netti nel contesto demografico messicano.
3. PIZZA G., *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma, Carocci, 2005.
4. SHORE C., WRIGHT S., *Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power*. London and New York, Routledge, 1997.
5. ROCK M., *Sweet Blood and Social Suffering: Rethinking Cause–Effect Relationships in Diabetes, Distress and Duress*. *Medical Anthropology* 2003; 22: 131-174.
6. FARMER P., *Sofferenza e violenza strutturale*. In: QUARANTA I., *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano, Raffaello Cortina, 2006, pp. 265-302.
7. I *Centros de Salud* sono parte della rete del sistema sanitario governativo. La loro funzione è quella di offrire servizi di base, che quindi non contemplano settori specialistici, ma forniscono solamente un’assistenza medica generica alla porzione di popolazione che non è coperta da alcun tipo di assistenza sanitaria: la *Población Abierta*. I servizi sanitari offerti variano di zona in zona venendo adattati alle diversificate necessità locali e in base anche alla disponibilità di risorse che il centro dell’amministrazione sanitaria, in questo caso SSEP di Puebla, può investire in quel determinato Municipio.
8. SCHOENBERG N. E., DREW E. M., STOLLER E. P., KART C. S., *Situating Stress: Lessons from Lay Discourses on Diabetes*. *Medical Anthropology Quarterly* 2005; 19(2): 171-193.

9. ROCK M., *Sweet Blood and Social Suffering: Rethinking Cause–Effect Relationships in Diabetes, Distress and Duress*. *Medical Anthropology* 2003; 22: 131-174.
10. GOOD B. J., DEL VECCHIO-GOOD M. J., *Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: ‘fright illness’ and ‘heart distress’ in Iran*. In: MARSELLA A. J., WHITE G. M., *Cultural conceptions of mental health and therapy*. Dordrech, Reidel, 1982, pp. 141-166.
11. A Naupan la macro-categoria diagnostica che, relazionata alle emozioni, racchiude al suo interno patologie connesse alla perdita di forze vitali sia in relazione alla compromissione di organi come il cuore, la testa e il fegato, sia per quel che concerne la perdita e il danneggiamento delle entità più eterree dell’individuo, è denominata *uajkakokolistle* (lett. “malattia dell’essiccamento”), al cui interno vengono comprese molte delle patologie “emozionali”, fra cui il diabete.
12. IORIO S., *An ethnographic study of medical practices and knoweledge in the nahua contest (Naupan, Puebla, Mexico)*. *Medicina nei Secoli* 2014; 26(3): 793-820.
13. SECRETARÍA DE SALUD, *Plan de prevención clínica de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 y Sistema de indicadores de diabetes en México*. Mexico, Secretaría de Salud, 2008.
14. MENÉNDEZ E., *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, Alianza Editorial, 1990.
15. BOURDIEU P., *Il dominio maschile*. Milano, Feltrinelli, 1999.
16. SECRETARÍA DE SALUD, *Prontuario operativo para personal de salud: Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. México, Secretaría de Salud, 2007.
17. FASSIN D., *L’éspace politique de la santé*. Paris, Presses Universitaires de France, 1996.

Correspondence should be addressed to:

silvia.iorio@uniroma1.it