

Corpi a rischio: maternità e infezione da HIV in una comunità di sviluppo nel Tigray (Nord Etiopia)

Eugenio Zito

	<p>Narrare i gruppi <i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, vol.13, n° 2, dicembre 2018</p> <p>ISSN: 2281-8960</p>
---	--

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo	
Corpi a rischio: maternità e infezione da HIV in una comunità di sviluppo nel Tigray (Nord Etiopia)	
Autore	Ente di appartenenza
Eugenio Zito	<i>Università degli Studi di Napoli Federico II</i>
Pagine 183-222	Publicato on-line - sezione Latest - il 24 marzo 2018
Cita così l'articolo	
Zito, E. (2018), Corpi a rischio: maternità e infezione da HIV in una comunità di sviluppo nel Tigray (<i>Nord Etiopia</i>), in <i>Narrare i Gruppi</i> , vol.13, n° 2, dicembre 2018, pp. 183-222 - website: www.narrareigruppi.it	

IMPORTANTE PER IL MESSAGGIO CHE CONTIENE

Questo articolo può essere utilizzato solo per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata. L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

gruppi nel sociale

Corpi a rischio: *maternità e infezione da HIV in una comunità di sviluppo nel Tigray (Nord Etiopia)*

Eugenio Zito

Riassunto

In quest'articolo vengono discusse, nella prospettiva dell'antropologia medica e con riferimento al continente africano, alcune rilevanti questioni intorno all'infezione da HIV/AIDS, come esperienza umana di malattia, intesa nella sua più ampia complessità sociale e culturale e in relazione ai suoi processi di cura. Viene successivamente analizzato uno specifico modello di sviluppo, quello dell'Hansenians' Eritrean-Ethiopian Welfare Organization (H.E.W.O.) attivo in Etiopia dal 1969, con particolare riferimento al reparto di maternità presso il suo ospedale a Qwiha-Mekelle nel Tigray. Progettato in collaborazione con la locale comunità tale servizio nasce con la finalità di prevenire la trasmissione verticale madre-bambino dell'HIV/AIDS durante gravidanza, parto e allattamento al seno, ma più in generale di tutelare l'esperienza della maternità in una popolazione di donne provenienti da un contesto con significative carenze materiali e sanitarie.

Parole chiave: antropologia medica, Etiopia, maternità, HIV/AIDS, comunità

Bodies at risk: motherhood and HIV infection in a development community in Tigray (North Ethiopia)

Abstract

The article discusses, in the perspective of medical anthropology and with reference to the African continent, some relevant issues about HIV/AIDS infection, as a human experience of illness, understood in its broader social and cultural complexity and with regard to its care processes. A specific development model is then analyzed, that of the Hansenians' Eritrean-Ethiopian Welfare Organization (H.E.W.O.), active in Ethiopia since 1969, with particular reference to the maternity ward at its hospital in Qwiha-Mekelle (Tigray). Conceived in collaboration with the local community this service has the aim to prevent the mother-child vertical transmission of HIV/AIDS during pregnancy, childbirth and breastfeeding, but more generally to protect the experience of motherhood in a population of women coming from a context with significant material and health deficiencies.

Keywords: medical anthropology, Ethiopia, motherhood, HIV/AIDS, communities

*«Si scrive la storia secondo due versioni.
Quella dei vincitori, lineare, coerente e interamente orientata verso il suo finale,
e quella dei vinti, frammentaria, diseguale, piena di tentativi e di fallimenti, di disperazioni e di attese».*
Didier Fassin, *Quando i corpi ricordano. Esperienze e politiche dell'AIDS in Sudafrica*, 2016: 195.

1. HIV/AIDS: incorporazione biologica delle disuguaglianze sociali, politiche dei corpi e interesse antropologico

Nel tempo che va dalla sua comparsa, all'inizio degli anni Ottanta del Novecento, fino a oggi, la pandemia di AIDS, oltre a causare circa trentacinque milioni di morti e settanta milioni di contagiati, ha anche cambiato profondamente il mondo, lasciando un'impronta rilevante e indelebile nel genere umano, producendo tra le altre cose, in particolare, grandissimi avanzamenti scientifici, la nascita dell'attivismo dei pazienti e la diffusione di una profonda cultura della solidarietà (Pulcinelli, 2017). Siamo certamente di fronte a un problema sanitario e sociale ancora oggi molto complesso, articolato e dalle molteplici e contraddittorie sfaccettature. Sebbene a seguito di importanti scoperte scientifiche sia stato possibile individuare una terapia farmacologica che, a partire dalla metà degli anni Novanta del secolo scorso, ha permesso, sempre più e sempre meglio, di 'immobilizzare' il virus negli individui, bloccando lo sviluppo della sindrome immunodepressiva, con una conseguente riduzione di morti e un significativo affievolirsi, nel tempo, dell'allarme sociale, tuttavia ad oggi non è stato possibile eradicare tale patologia infettiva, mentre i problemi da essa determinati restano tanti. Si è in particolare assistito, con l'accesso alle terapie antiretrovirali ad alta efficacia (*High Activity Anti Retroviral Therapy*-HAART), a una progressiva trasformazione di questo fenomeno da spaventosa e letale condizione epidemica a controllabile e invisibile condizione cronica ed endemica (McGrath *et al.*, 2014), con la produzione di importanti e persistenti differenze tra le varie aree del mondo. Queste differenze che possono anche essere evidenti tra vari gruppi sociali più o meno vulnerabili, volendo considerare per un momento i soli contesti occidentali, rimandano tuttavia allo stretto nesso esistente tra salute, economia, cultura e società, nesso che come antropologi siamo particolarmente interessati ad analizzare. In proposito Fassin (2016), nel testo citato in epigrafe, ci ricorda che la storia si scrive sempre secondo due versioni, quella dei 'vincitori' e quella dei 'vinti', e forse niente più dell'esperienza di sofferenza umana collegata a questa complessa malattia lo può mostrare in modo chiaro ed evidente, soprattutto se consideriamo la variabile della vulnerabilità sociale e il divario tra Nord e Sud del mondo.

Infatti un rilevante aspetto della complessità del più ampio fenomeno dell'HIV/AIDS, oggi, consiste proprio nel fatto che colpisce in uguale misura mondi molto diversi tra loro sul piano sociale, economico e culturale, difficilmente accomunabili (Parker, 2012), al di là di pervasivi processi di globalizzazione pure evidenti. In Occidente l'AIDS, seppure non nella totalità dei casi, è il prodotto di una cultura che sperimenta anche le conseguenze della libertà e del progresso. Invece in Africa rappresenta spesso il risultato di una situazione

di carenza di libertà, dove una combinazione di diversi fattori quali diffusa povertà, assenza di igiene, vulnerabilità dell'infanzia e disuguaglianze di genere contribuiscono a una crisi in cui modelli occidentali di vita pure giocano una parte rilevante (Leclerc-Madlala, 2001; Nguyen, 2002). Nei paesi del Sud del mondo, come quelli africani, così come più avanti in quest'articolo si vedrà a proposito del Tigray in Etiopia, le persone tendono a proiettare sulla malattia una notevole carica simbolica con relativi significati sociali e culturali che vanno ben oltre la sua sola dimensione biologica (Beckmann *et al.*, 2014). La forte concezione del divino, la persistenza e pervasività delle attività rituali, l'inseparabilità delle nozioni di salute e di cura da specifiche costruzioni culturali rendono la malattia qualcosa di più che una disfunzione e la salute qualcosa di diverso da uno stato di benessere. Pertanto quando ci si confronta con una realtà così complessa come l'HIV/AIDS, con la disparità di piani che interseca, per tentarne una comprensione più profonda e quindi formulare adeguate strategie, occorre riscoprire il contenuto 'umano' delle tradizioni di un preciso contesto, patrimonio, invece, spesso trascurato negli studi (Russo, 2009).

Promuovere la salute significa a questo punto sostenere una trasformazione nella cultura e negli stili di vita, cosa possibile solo se si è compreso ciò che si intende 'trasformare'. Il paradigma biomedico, per esempio, carente nell'analisi della complessità sociale e culturale del fenomeno HIV/AIDS, risulta inefficace nel promuovere lo sviluppo (Olivier de Sardan, 2008) in termini di salute, se non si combina con una prospettiva sensibile alle dimensioni culturali, storiche e di senso nella comprensione delle sue cause profonde in combinazione con una più ampia lettura politica (Pellecchia, Zanotelli, 2010).

Al riguardo un contributo prezioso per la sua *verve* critica viene dall'antropologia medica a partire dagli anni Novanta del secolo scorso e in particolare da studi come quelli di Paul Farmer e Didier Fassin basati su etnografie di lunga durata che hanno analizzato a livello micro-, medio- e macro-locale le cause del rischio quotidiano, partendo dall'esperienza delle persone che lo vivono direttamente (Pizza, 2005; Quaranta, 2006a, 2014; Beckmann *et al.*, 2014). A questo punto il lavoro antropologico non può limitarsi allo studio di significati, simboli e pratiche, ma deve estendersi nel considerare l'AIDS come una forma di incorporazione delle disuguaglianze e delle ingiustizie sociali per toccare necessariamente la dimensione politica. Diviene pertanto fondamentale allargare l'analisi antropologico-medica dell'AIDS all'azione di forze politico-economiche che governano i corpi e configurano le cosiddette 'pathologies of power' (Farmer, 2003). Conseguentemente il confronto tra antropologia e biomedicina si gioca sull'impegno politico e sull'alleanza civile. In particolare con il termine 'violenza strutturale' Farmer (2003) intende quel tipo di violenza esercitata in modo indiretto attraverso forze e processi storicamente dati che di fatto riducono le capacità di azione degli individui. Tale violenza produce sofferenza umana nella forma di patologie, miseria, mortalità infantile, abusi sessuali e altro e non ha bisogno di un attore per essere eseguita, essendo piuttosto prodotta dall'organizzazione sociale stessa con le sue profonde disuguaglianze (Quaranta, 2006a). La 'violenza strutturale' è localizzata nelle strut-

ture simboliche e sociali che consentono la produzione e la naturalizzazione dell'oppressione e della marginalizzazione, concretizzandosi lungo i tre assi di genere, 'razza'¹/etnia e differenza culturale. La malattia, in quest'ottica, si configura anche come un processo sociale di incorporazione biologica di forze collettive che si iscrive nelle vicende individuali attraverso le limitazioni esercitate sulle capacità di azione dei soggetti, come mostra il caso storico dell'AIDS nei paesi più poveri del mondo (Farmer, 1996, 2003; Fassin, 2016). Proprio sul terreno dell'esperienza di sofferenza umana prodotta dall'HIV/AIDS diviene inoltre sempre più evidente che la condizione sociale di questa infezione si radica nella 'violenza strutturale' (Farmer, 2003) che attraversa il mondo contemporaneo (Fassin, 2014a, 2014b, 2016), sia a livello internazionale, come rivelano gli scarti nel tasso di diffusione o nella disponibilità dei trattamenti tra paesi ricchi e poveri, sia localmente, come mostrano le statistiche per categorie sociali (Nguyen, 2005) e l'analisi dell'esperienza di malattia durante i processi migratori (Marabello, 2017). In quest'ultimo caso, per esempio, l'accettazione dell'infezione da parte di donne migranti provenienti dall'Africa, attraverso una ri-significazione da malattia mortale a cronica, pur all'interno di prassi mediche entro cui sono inserite nei paesi ospitanti come in Italia, richiede tempi a volte anche lunghi, durante i quali un'importante priorità, all'interno del proprio progetto di maternità, diventa quella di impedire la trasmissione del virus ai propri bambini (Mattalucci, 2017). In questo modo si cerca di evitare, da un lato di rendere ancora più svantaggiata la loro condizione, già vulnerabile per il colore della pelle e per la drammaticità del percorso migratorio familiare, e dall'altro, attraverso il ricorso strategico a tattiche di dissimulazione, a segreti e a silenzi, di sfuggire all'ostracismo di famiglie e chiese pentecostali attive nelle reti migratorie stesse (Marabello, 2017).

Per tutto quanto detto, più in generale, quindi, i temi della giustizia e dei diritti umani divengono centrali per una 'antropologia critica della salute' che pone la questione della promozione della salute essenzialmente in termini di *empowerment* sociale ed economico (Fassin, 2016), facendo leva proprio sulle categorie di 'violenza strutturale' e di 'sofferenza sociale' (Pellecchia, Zanotelli, 2010). Quest'ultima nozione, in particolare, permette di esplorare il complesso legame costitutivo fra esperienza soggettiva e processi storico-culturali, senza trascurare quelle articolate dinamiche di potere che influenzano e orientano le esistenze (Quaranta, 2003, 2006a, 2006b).

In quest'articolo verranno pertanto evidenziate e discusse, nella specifica prospettiva dell'antropologia medica (Pizza, 2005; Quaranta, 2006a, 2014; Lock, Nguyen, 2010; Inhorn, Wentzell, 2012), alcune questioni rilevanti intorno all'infezione da HIV/AIDS e ai suoi processi di cura, con particolare riferimento all'Africa, soffermandosi sull'HIV/AIDS come esperienza umana di malattia (Quaranta, 2003, 2006b), intesa nella sua più ampia complessità sociale e cultu-

¹ Per approfondimenti in merito alla recente posizione unitaria degli antropologi italiani (biologici e culturali) sulla tematica delle razze e dei razzismi e al relativo appello per un'informazione scientifica contro i razzismi stessi si rimanda al sito della Società Italiana di Antropologia Culturale (S.I.A.C.) al link <http://www.siacantropologia.it>.

rale (Parker, 2012; Zito, 2016). Tali considerazioni costituiscono un'utile premessa alla parte centrale dell'articolo, in cui verranno presentate, in un'ottica antropologica e con il ricorso ad alcune foto² documentali scattate sul campo durante una ricerca etnografica, delle riflessioni relative all'analisi di uno specifico modello di sviluppo, quello dell'Hansenians' Eritrean-Ethiopian Welfare Organization (H.E.W.O.) attivo in Etiopia dal 1969 in piena condivisione con la locale comunità, all'interno del cui ospedale, a Qwiha-Mekelle nello stato del Tigray nel Nord del paese al confine con l'Eritrea, è stata possibile, negli ultimi anni, la costruzione di un reparto di maternità. Tra le finalità di quest'ultimo progetto, come si vedrà nelle pagine successive, vi è in particolare quella di prevenire la trasmissione verticale madre-bambino dell'HIV/AIDS durante la gravidanza, il parto e l'allattamento al seno, ma più in generale quella di tutelare l'esperienza della maternità, tentando di garantire, in un contesto gravato da carenze materiali, incertezza economica e problematiche sociali di vario tipo (Schirripa, 2010; Massa, 2012), la possibilità di venire al mondo in condizioni più protette.

2. Il contributo critico dell'antropologia alla comprensione di un virus strettamente legato alla vita

La questione dell'HIV/AIDS in Africa (Leclerc-Madlala, 2001; Beckmann *et al.*, 2014), anche con specifico riferimento al problema del contagio madre-bambino, consente di cogliere molto bene quel complesso intreccio di questioni politiche, sociali, economiche e culturali nei processi di salute e malattia, fondamentale oggetto di studio dell'antropologia medica come 'antropologia critica della salute' (Farmer, 2003; Fassin, 2014a, 2014b, 2016). Tradizionalmente la ricerca medica e psicologica su questo tema ha evitato di considerare gli aspetti storico-politici e le correlazioni sociali e culturali del fenomeno, focalizzandosi prevalentemente sui suoi meccanismi biologici e sulla sfera psicologica e comportamentale individuale (Parker, 2012). L'utilità del punto di vista dell'antropologia culturale consiste invece nel fatto che essa, dislocandosi, consente di comprendere meglio le componenti culturali dei corpi, della malattia e della salute. L'antropologia medica in particolare, come specializzazione dell'antropologia culturale, si mostra molto attenta al ruolo dei processi storico-socio-culturali nei contesti di cura (Pizza, 2005; Lock, Nguyen, 2010; Inhorn, Wentzell, 2012). In questa prospettiva non è vero che le variabili culturali sono

² Il contributo è infatti corredato da diciotto fotografie (di cui dodici sono state selezionate tra quelle scattate dall'autore a Qwiha-Mekelle in Tigray durante la fase di ricerca sul campo nel 2014 con il consenso dei protagonisti e le restanti sei condivise dalla Comunità H.E.W.O. di Qwiha-Mekelle negli anni 2015-2017), da un'immagine con il logo H.E.W.O. e dalla copia di un documento, anch'essi condivisi dalla Comunità H.E.W.O. di Qwiha-Mekelle. L'utilizzo delle foto, in questa circostanza, ha una funzione prevalentemente documentaria, potendo offrire al lettore, anche visivamente, un'idea della complessità dei contesti geografici, sociali e culturali all'interno dei quali si collocano i progetti di cui si discute nel corso dell'articolo.

pertinenti solo nel caso di pazienti stranieri o quando si affrontano problemi di natura mentale (Quaranta, 2006a). Il pensiero e le categorie diagnostico-terapeutiche della biomedicina non sono, in virtù della loro scientificità, libere da connotazioni culturali. Così, per esempio, fondamentale appare il contributo degli studi antropologici intorno al tema della corporeità oltre il dualismo cartesiano, attraverso un'articolata e composita tradizione novecentesca che giunge fino al rivoluzionario paradigma dell'‘incorporazione’ (Csordas, 1990), diventato poi substrato per quello della ‘sofferenza sociale’ (Farmer, 2003). Tale complessa e multi-vocale tradizione, considerando il corpo non tanto come un oggetto naturale, ma come un prodotto storico, cioè una costruzione culturale variabile a seconda dei diversi contesti sociali, apre la strada a più complesse modalità di leggere salute, malattia e processi di cura (Pizza, 2005; Quaranta, 2006a; Zito, 2015b).

Intanto è importante notare che la complessità del fenomeno HIV/AIDS, comparso sul palcoscenico del mondo all'inizio degli anni Ottanta del Novecento con i primi casi descritti negli Stati Uniti, ma probabilmente originatosi proprio in Africa dove esisteva già da tempo (Pulcinelli, 2017), deriva dal fatto che, rispetto alle altre epidemie tradizionali con il loro specifico portato di sintomi, questa è piuttosto sfuggente. L'immunodeficienza provocata dall'HIV consiste infatti nella possibilità di contrarre diverse malattie - in ciò consiste la sua specificità -, potendo essere rilevata solo da accurate analisi biomediche. Inoltre il problema dell'epidemia di HIV/AIDS è che si è originata proprio da condizioni determinate dal progresso, quali l'incrociarsi delle popolazioni, la liberalizzazione dei costumi, l'introduzione delle tecniche delle iniezioni endovenose e delle trasfusioni di sangue. Bisogna infatti sottolineare che tale malattia infettiva viene trasmessa attraverso sangue, latte e sperma, cioè fluidi tradizionalmente e simbolicamente legati alla vita (Héritier, 1993, 2002), per di più attraverso relazioni di per sé orientate all'unione, allo scambio affettivo e sociale. Oltre a ridurre l'aspettativa di vita e a peggiorare le condizioni di salute, e ciò in misura ancora più drammatica nei paesi del Sud del mondo per il combinarsi con il più ampio problema della povertà e quindi della malnutrizione, l'AIDS, per il carico simbolico che si porta, incide profondamente sui vissuti individuali, provocando spesso la frantumazione delle reti relazionali e della coesione sociale. Pertanto, come mostra l'approccio antropologico, nell'analisi del fenomeno dell'HIV/AIDS appare centrale l'intreccio tra sessualità, biologia, vita sociale e culturale, nonché condizioni economiche (Parker, 2012). Infatti l'antropologia, con la ricerca etnografica, ha sempre messo in discussione il paradigma di una sessualità incentrata sull'aspetto biologico, mostrando come il ‘sesso’ rappresenti piuttosto un complesso sistema simbolico i cui significati variano a seconda dei contesti storico-culturali e delle formazioni sociali di riferimento, mettendo così definitivamente in crisi l'idea di un intervento non sensibile a essi (Russo, 2009). Inoltre, un'esigenza fondamentale per l'essere umano è proprio quella di ‘dare un senso’ a ciò che accade, nel caso della malattia, di interpretare il malessere biologico alla luce del proprio *frame* culturale e della propria rete relazionale, costruendo, in questo modo, specifiche rappresenta-

zioni (Augé, Herzlich, 1986; Sontag, 1989). Ovviamente non si può prescindere da tali rappresentazioni, sia nella clinica che nella prevenzione, imponendo una logica di causa-effetto puramente biologica. Per questo motivo, nello sforzo di lotta all'AIDS e di promozione della salute nei paesi del Sud del mondo, bisogna comprendere bene i contesti di intervento, per favorire un adattamento al nuovo, attraverso un'integrazione delle novità nella preesistente configurazione culturale (Olivier de Sardan, 2008) ed evitare un sovvertimento del sistema culturale stesso, con il rischio di una perdita d'identità (Russo, 2009). Il paradigma biomedico, adottando il modello esplicativo della relazione esclusiva tra causa ed effetto, accertata tramite analisi cliniche e affrontata attraverso terapie farmacologiche, finisce per ignorare la complessità di piani e livelli implicati nel processo causale dell'insorgenza di una patologia infettiva come l'HIV/AIDS (Nguyen, 2002). Spesso, in molti programmi di prevenzione e di intervento attuati nei paesi del Sud del mondo, le misure verso l'HIV/AIDS sono state strutturate secondo un modello epidemiologico di trasmissione della malattia elaborato invece per i paesi del Nord del mondo (Parker, 2012). Il paradigma occidentale di trasmissione è centrato sulle cosiddette 'categorie a rischio', peraltro oggetto di cambiamenti profondi alla luce delle recenti trasformazioni sociali e culturali della contemporaneità. Se invece ci si riferisce ai paesi del Sud del mondo, come quelli dell'Africa sub-sahariana, è necessario ricordare che l'epidemia si diffonde fundamentalmente attraverso la trasmissione eterosessuale e quella verticale madre-bambino, richiedendo perciò un diverso approccio (Leclerc-Madlala, 2001).

L'attenzione va focalizzata, a questo punto, sulla persona nella sua complessità e non solo sul trattamento sanitario, mediante una lettura più ampia dei problemi che miri, in particolare, a una comprensione dei comportamenti all'interno del contesto sociale e della cornice culturale - e quindi diremmo della storia in cui si producono - per favorire il miglioramento degli stili di vita. Per applicare tutto ciò al fenomeno HIV/AIDS va compreso che questa pandemia in Africa (Leclerc-Madlala, 2001) è parte di un più ampio scenario di malfunzionamento e di sofferenza dal quale non può essere isolata (Beckmann *et al.*, 2014). Infatti, per chi vive in un contesto in cui spesso neppure le necessità più urgenti come acqua e cibo sono soddisfatte adeguatamente, la terapia farmacologica risulta necessaria, ma non sufficiente per sconfiggere la malattia rispetto alla promozione della soddisfazione di certi fondamentali bisogni (Parker, 2012). Assumere una prospettiva multifattoriale significa riconoscere le dimensioni culturali, sociali ed etiche di una malattia senza il pericolo di ridurle alla semplice sfera biologica.

Appare infine fondamentale, dal punto di vista delle strategie terapeutiche, anche il riconoscimento dell'importanza della dimensione relazionale nel trattamento dell'AIDS, che consente di passare dalla semplice assistenza al prendersi cura, dal *cure* al *care*. Ed è proprio su questo specifico piano che le differenze Nord-Sud in qualche modo si ricompongono, recuperando una più ampia nozione di cura, con le sue componenti relazionali e umane (Lupo, 2014). Infatti assumere un modello relazionale nei processi di cura in medicina comporta il

tenere conto che la realtà che si intende comprendere è un ‘intero’, che il soggetto, sia esso operatore sanitario, paziente o familiare, ha un ruolo centrale nella medicina, che la malattia non è solo un insieme di sintomi, ma implica significati ed emozioni che vanno decodificati in vista di una cura efficace e completa che si svolge sempre all’interno di relazioni umane (Russo, 2009).

A questo punto, proprio alla luce del complesso caso storico dell’epidemia di HIV/AIDS e della ‘sofferenza sociale’ (Farmer, 2003) che in varie forme la accompagna, appare chiaro quanto sia più utile considerare il binomio salute/malattia come una relazione sociale adeguata di un soggetto con il suo ambiente, mentre la malattia è l’alterazione di tale equilibrio (Lock, Nguyen, 2010). In quest’ottica il confine tra normale e patologico è basato non solo su parametri oggettivi, ma anche su come il soggetto comprende se stesso in rapporto al proprio sistema culturale e alle relazioni in cui vive. Pertanto la medicina non può essere intesa soltanto come semplice prescrizione e terapia, ma va concettualizzata come una vera e propria relazione curativa. Tuttavia, per fare ciò, occorre assumere, da un lato un atteggiamento autoriflessivo e acquisire un adeguato *habitus* alla relazione (Lupo, 2014; Zito, 2015b), dall’altro, quanto meno, tentare di cogliere i contesti culturali entro cui si opera con le loro specifiche forze politiche e sociali (Farmer, 1996, 2003; Fassin, 2014a, 2014b).

3. *Gestire il rischio, costruire salute: analisi di un modello di sviluppo in Etiopia*

Per tutto quanto detto sulla complessità del fenomeno HIV/AIDS e sulla pluralità di piani che investe diventa chiaro, a questo punto, che una strategia e dei progetti di promozione della salute possono realmente risultare efficaci solo se riescono a comprendere complessivamente i sistemi culturali su cui devono influire (Malighetti, 2005; Olivier de Sardan, 2008; Pellecchia, Zanotelli, 2010; Beckmann *et al.*, 2014; Tommasoli, 2014). Per l’Africa, per esempio, appare fondamentale sia una buona consapevolezza di tutti i suoi *cliché* (Leclerc-Madlala, 2001), dall’essentialismo culturalista della tradizione alla denuncia moralista dell’urbanizzazione fino a una rappresentazione stereotipata della sua sessualità (Fassin, 2016), sia una comprensione profonda del rapporto tra cultura, malattia, economia, politica e religioni (Gusman, 2017). D’altro canto, come precisa Olivier de Sardan (2008), nei contesti di disuguaglianze nei quali intervengono i processi di sviluppo spesso si mettono in gioco - sia sul versante degli operatori che su quello dei ricercatori nel rapporto di entrambi con i gruppi ‘bersaglio’ - ideologie, retoriche e pratiche di tipo ‘populista’ che sono inevitabili, ma comunque in qualche modo funzionali proprio ai processi di sviluppo stessi, purché si tratti di un ‘populismo metodologico’ e non ‘ideologico’. Quest’autore così infatti chiarisce il concetto di ‘sviluppo’:

«Definirei dunque lo ‘sviluppo’, in una prospettiva fondamentalmente metodologica, come insieme dei processi sociali indotti da operazioni volontaristiche di trasformazione di un ambiente sociale, intraprese per mezzo di istituzioni o di attori esterni a questo ambiente, i quali

cercano tuttavia di mobilitarlo mediante un innesto di risorse e/o tecniche e/o conoscenze» (Olivier de Sardan, 2008: XI).

Le situazioni di sviluppo mettono chiaramente a confronto una cultura internazionale e globale, a sua volta declinata in sottoculture legate a diverse ideologie e professionalità coinvolte con relative pratiche, con una grande pluralità di culture e sottoculture locali, anch'esse con relative pratiche e codici simbolici, concettualizzate sempre in un'accezione dinamica come realtà in continuo divenire. Quindi, nei programmi di sviluppo - inteso quest'ultimo come una particolare forma di cambiamento sociale che un insieme complesso di agenti cerca di promuovere presso un determinato gruppo umano - finiscono per entrare in contatto tra loro persone portatrici di sistemi culturali molto diversi, per luoghi geografici di provenienza, ma anche per storia, condizioni sociali, economiche e/o per bagagli e identità professionali differenti.

L'Etiopia in particolare, sede dal 1969 del modello di sviluppo³ dell'H.E.W.O. che mi appresto a descrivere e analizzare come stimolante caso di costruzione di salute a favore di fasce della popolazione più svantaggiate, anche mediante il suo più recente progetto specificamente rivolto al problema della trasmissione verticale madre-bambino dell'HIV/AIDS, è tra i paesi più popolosi dell'Africa sub-sahariana. Con oltre 100 milioni di abitanti su un'estensione di 1.104.000 km², è uno stato federale multilingue e multiculturale (Gudina, 2011; Vaughan, 2011) dalla composizione etnica piuttosto diversificata (Levine, 1974) che include *Oromo, Amhara, Sidama, Tigrini, Shankella, Somali, Afar, Guraghe* e altre piccolissime minoranze. In Etiopia sono prevalenti due gruppi culturali-religiosi, mussulmani sunniti e cristiano-copti, ma ci sono anche vivaci comunità di cattolici e protestanti, in prevalenza pentecostali (Schirripa, 2016) e infine piccole comunità di ebrei e di animisti.

In un paese dalla così grande complessità culturale, religiosa ed etnica e dalle profonde e veloci trasformazioni urbane, sociali ed economiche (Mains, 2012) l'epidemia di AIDS ha reso ancora più problematiche le condizioni di un contesto caratterizzato da significative carenze materiali, insicurezza sociale e da una situazione sanitaria complessivamente precaria e difficile (Schirripa, 2010; Massa, 2012). In tale cornice, dove carenze materiali a volte molto significative si intrecciano con una cultura della malattia intorno all'HIV/AIDS piuttosto problematica e articolata, come sarà di seguito mostrato, e dove il contrasto sociale, economico e culturale tra città e campagna è molto forte, nasce 'il progetto maternità (HIV-)' dell'H.E.W.O. a Qwiha-Mekelle in Tigray.

³ Per approfondimenti in merito al più ampio dibattito teorico-culturale sul complesso rapporto tra antropologi ricercatori e operatori dello sviluppo, sulle più generali tematiche della cooperazione internazionale, sulle questioni post-coloniali e di potere e sulle problematiche relative al rapporto tra 'chi aiuta' e 'chi è aiutato', sulle diverse questioni antropologiche e tecniche relative allo sviluppo e in particolare alle relative metodologie di intervento e di promozione del cambiamento sociale nei paesi del Sud del mondo si rimanda, tra gli altri contributi, a quelli di Tommasoli (2001, 2014), Malighetti (2002, 2005, 2009), Olivier de Sardan (2008), Pellecchia e Zanotelli (2010), Zito (2010, 2014), Zanotelli e Lenzi Grillini (2012), Lenzi Grillini (2014).



Foto n. 1

Una scena di preghiera scattata nella parte esterna della chiesa di Debre Mariam (Santa Maria) ad Addis Abeba (in amarico *nuovo fiore*) ci restituisce un'idea della notevole complessità culturale e religiosa dell'Etiopia. Tale chiesa, costruita in cima al monte Entoto in prossimità delle rovine del vecchio palazzo imperiale di Menelik II, da cui si domina con lo sguardo la sottostante notevole estensione urbana della capitale, è anche molto frequentata da donne che si rivolgono con la preghiera specificamente a Debre Mariam per chiedere la grazia e un aiuto a fronteggiare l'AIDS che ha travolto la loro vita e/o quella dei loro familiari [foto dell'autore].



Foto n. 2

Le foto n. 2-3-4-5-6 ritraggono gli immediati dintorni dell'ospedale H.E.W.O. nel villaggio di Qwiha-Mekelle in Tigray e in particolare l'area per la raccolta dell'acqua, attività prevalentemente svolta da donne e bambini e quella molto frequentata dalla comunità locale nel giorno del mercato settimanale affollato di venditrici e venditori [foto dell'autore].



Foto n. 3



Foto n. 4



Foto n. 5



Foto n. 6

Tale progetto, specificamente indirizzato a donne indigenti provenienti da contesti rurali dei villaggi del distretto di Mekelle, elaborato con la finalità di evitare la trasmissione verticale dell'infezione da HIV durante la gravidanza, il parto e l'allattamento al seno, ma più in generale di proteggere l'esperienza della maternità abbassando anche altri rischi, è solo l'ultimo tassello di una lunga storia di promozione della salute e più in generale di giustizia sociale iniziata quasi cinquanta anni fa in Etiopia, con un approccio e relative metodologie centrati sulla comprensione e valorizzazione del punto di vista dell'altro.

3.1. Contrarre l'HIV, ammalarsi di AIDS in Tigray (Nord Etiopia)

Secondo alcune stime in Etiopia al momento vivrebbe almeno un milione di persone sieropositive. Nello stato del Tigray nel Nord del paese, in particolare, la percentuale di sieropositivi in città (10,5% circa) è dieci volte superiore rispetto alle aree rurali, per una media regionale che tocca quasi il 3%. Con riferimento a tale contesto la letteratura specialistica segnala che un basso livello socio-economico, una diffusa assenza di supporto sociale e una significativa paura dello stigma costituiscono i tre principali fattori responsabili di una diagnosi tardiva di HIV/AIDS e di un conseguente tardivo inizio del trattamento con tutte le immaginabili relative implicazioni (Gelaw *et al.*, 2015). Altri studi mostrano, proprio relativamente alla regione del Tigray, un'elevata prevalenza di diagnosi tardive di HIV/AIDS, facendo emergere la necessità di attuare adeguati programmi di salute pubblica finalizzati a migliorare la possibilità di una

diagnosi precoce con conseguente opportuno trattamento delle persone contagiate dal virus (Assen *et al.*, 2016). Per quanto riguarda lo specifico problema della trasmissione verticale madre-bambino è stata mostrata una bassa conoscenza, nelle donne in stato di gravidanza, di questa modalità di contrarre l'infezione e delle conseguenti possibilità per prevenirla, facendo emergere un bisogno specifico di strategie educative finalizzate a promuovere tale conoscenza (Abtew *et al.*, 2016) a partire da un'adeguata individuazione dei suoi determinanti sociali e culturali, legati anche a questioni come identità femminile e ruoli di genere all'interno soprattutto dei contesti rurali e più poveri (Mohammed, Assefa, 2016; Wudineh, Damtew, 2016).

In Etiopia⁴ il programma di distribuzione gratuita degli antiretrovirali presso le strutture sanitarie governative, finanziato dagli Stati Uniti, è stato avviato nel 2005. La gestione dell'epidemia, coordinata a livello federale e implementata da diversi attori, prevede a oggi un approccio multisettoriale con servizi e programmi di prevenzione, *screening* diagnostico, distribuzione degli antiretrovirali e assistenza ai malati. I servizi specifici presso le strutture sanitarie governative sono il *Visiting, Testing and Counseling Centre* destinato allo *screening* diagnostico e l'*Antiretroviral Clinic* deputato ai programmi di cura dei malati. Le associazioni, varie e composite, nazionali e transnazionali, gestiscono invece le attività di educazione e di assistenza psicologica e sociale, con sostegni economici dal governo, da progetti internazionali e da donatori privati.

Nell'area di Mekelle, capitale del Tigray - città in vertiginoso sviluppo urbanistico negli ultimi anni, con conseguenti cambiamenti economici e culturali e una pervasiva globalizzazione urbana con relativo bisogno di modernità in contrasto con i vicini contesti rurali ancora arretrati e spesso molto poveri (Mains, 2012) - l'AIDS è investita di numerosi significati simbolici e culturali. Tali complessi e molteplici significati incidono sulla vita dei malati a causa di una prevalenza di sentimenti e comportamenti problematici e ostili nei confronti di chi ne è affetto (Massa, 2012). Come in molti altri paesi africani, ma non solo, l'AIDS è spesso considerata, attraverso una lettura morale e religiosa prevalente, come una punizione causata dall'assunzione di un comportamento sessuale scorretto. In quest'ottica si configura come un disordine biologico scaturito da un disordine sociale prodotto dall'infrazione collettiva di regole morali, esplicandosi come una crisi che va oltre il corpo individuale per investire quello sociale. La tendenza a isolare i malati è rinforzata dalla paura del contagio che li circonda, determinando diverse spiacevoli conseguenze sociali. Massa (2012) fa notare come c'è sicuramente uno stretto nesso tra questa paura e gli effetti delle prime campagne di informazione sull'AIDS, le cui conseguenze sono ancora piuttosto vive a Mekelle, nonostante il successivo cambio di rotta con una poli-

⁴ A complicare il quadro sanitario di questo paese rispetto a tale infezione restano ancora due importanti questioni, quella di nomadi e rifugiati, problema umanitario comune a molti paesi africani ed estremamente rilevante nel Nord dell'Etiopia (Serbessa *et al.*, 2016) e quella più ampia e trasversale dell'aderenza alle terapie antiretrovirali, con particolare riferimento, all'interno di contesti così multiproblematici, a quelle variabili culturali, economiche e sociali che più incidono (Teshome *et al.*, 2015).

tica della comunicazione intorno alla malattia molto più rassicurante e *soft*, come si può vedere nelle immagini di alcuni più recenti manifesti dedicati alla prevenzione del contagio.



Foto n. 7

Le Foto n. 7-8 fanno riferimento ad alcuni recenti e più ‘rassicuranti’ (rispetto al passato) manifesti per la campagna ministeriale di prevenzione del contagio da HIV in Tigray fotografati negli spazi interni dell’ospedale H.E.W.O. di Qwiha-Mekelle [foto dell’autore].



Foto n. 8

Perciò ancora oggi molti malati preferiscono nascondere la propria condizione con complesse strategie comportamentali e relazionali. Infatti, sebbene l'HIV/AIDS non sia immediatamente evidente, essa si rende tuttavia riconoscibile dalla frequentazione di associazioni e di reparti ospedalieri dedicati, mediante l'assunzione di certi comportamenti volti a prevenire il contagio, attraverso segni corporei sospetti e spesso inequivocabili come magrezza e lesioni cutanee e più generalmente mostrando debolezza e precarie condizioni di salute. Per molti la paura delle conseguenze sociali della malattia è forte quanto il terrore dei suoi effetti sul corpo, incidendo sulla possibilità di condividere socialmente il dramma che la accompagna e la gestione della sua cura e ciò paradossalmente in deroga a una cultura centrata invece sulla condivisione comunitaria (Schirripa, 2010), in generale anche dell'esperienza di malattia. Normalmente in molte culture tradizionali africane e in particolare in quella tigrina, di fronte a un'alterazione ritenuta patologica, non solo il gruppo familiare, ma tutta la comunità partecipa al processo di cura, attraverso suggerimenti e consigli, offrendo una presenza significativa nel quotidiano dell'ammalato, anche pratica e materiale, dando luogo a una vera e propria gestione collettiva della malattia (Massa, 2010). Infatti, tradizionalmente, l'organizzazione sociale delle popolazioni tigrina ed eritrea è basata su un forte spirito comunitario evidente in molti

aspetti della vita quotidiana, inclusi i processi di cura in caso di malattia (Kloos, 199; Schirripa, 2010, 2015). Inoltre nella cultura etiope la medicina ha bisogno del calore della comunità, perché quest'ultimo aiuta i pazienti a guarire o a resistere nella sofferenza. Invece, isolati dalla paura dello stigma e dai comportamenti ghetizzanti del gruppo sociale, i malati di AIDS in tale contesto sono privati della possibilità di avvalersi della gestione comunitaria di una tale esperienza di malattia, considerata segno forte di punizione divina. A Mekelle, infine, le politiche di gestione dell'epidemia di AIDS hanno previsto negli anni un intenso sforzo di *screening* diagnostico, con finalità non solo preventive e terapeutiche, ma anche di individuazione della popolazione sieropositiva e di quella a rischio, per poter rimuovere quei comportamenti che più favoriscono la trasmissione del virus, producendo tuttavia, inevitabilmente, come effetto 'collaterale', una pericolosa tendenza alla categorizzazione sociale (Massa, 2012).

3.2. L'H.E.W.O. in Etiopia: riflessioni antropologiche su un modello di sviluppo comunitario

La storia⁵ dell'H.E.W.O. e dei suoi programmi di sviluppo comincia nel 1969, in un clima politico difficile e di guerriglia, in mezzo a un gruppo di trentasei malati, in maggioranza maschi e giovani, affetti dal morbo di Hansen⁶, reclusi in una zona remota del deserto dancalo non lontana dal Mar Rosso, nei pressi della città di Massaua in Eritrea⁷, ex colonia⁸ italiana diventata parte integrante

⁵ Quanto esposto in quest'articolo in riferimento alle Comunità H.E.W.O. è il frutto della mia esperienza di osservazione partecipante sul campo e di un diretto coinvolgimento in un programma di cooperazione internazionale tutt'ora in corso, ma anche, in particolare, di una serie di incontri e interviste a scopo di ricerca avuti in Etiopia (ad Addis Abeba, Garbò e Qwiha-Mekelle) e in Italia (a Roma, Napoli e Bagnoregio-Viterbo), tra gennaio 2014 e aprile 2017, con Carlo Travaglino (purtroppo poi scomparso nel marzo 2018) e Franca Travaglino (visibile nella foto n. 13, al centro in primo piano con indosso gli abiti tradizionali tigrini del giorno della festa), fondatori dell'H.E.W.O., con Sara Fessehaye direttrice responsabile della Comunità di Asmara in Eritrea e con Letay Teklu, *general manager* dell'H.E.W.O. e responsabile della Comunità di Qwiha-Mekelle in Etiopia, con Ghebreselassie Giday responsabile amministrativo della Comunità di Garbò, con i rappresentanti dei vari gruppi italiani che sostengono l'H.E.W.O., con alcuni dei rappresentanti della comunità locale di Qwiha e con gli altri operatori sanitari, amministrativi ed educativi etiopici che lavorano presso i Centri H.E.W.O.. A tutti loro vanno calorosi ringraziamenti e insieme ad essi a tutte le persone assistite presso i servizi socio-sanitari attivi nei Centri H.E.W.O. da me incontrate in Etiopia. Dal 2008 seguo in qualità di volontario i progetti H.E.W.O., in particolare presso il Centro di Qwiha, con soggiorni sul campo e con uno specifico contributo antropologico alla progettazione dei servizi scolastici come il 'Centro dei diritti delle bambine e dei bambini' e sanitari come l'ospedale H.E.W.O., con particolare riguardo al reparto di pediatria con l'integrato servizio della scuola in ospedale e al neonato reparto di maternità per la prevenzione della diffusione verticale dell'HIV/AIDS.

⁶ Il morbo di Hansen, meglio conosciuto come 'lebbra', termine derivato dal greco *lepròs* che significa 'scabroso', generalmente considerata come la più antica malattia del mondo, è una patologia infettiva e cronica, causata dal batterio *Mycobacterium leprae* che colpisce i nervi periferici, la pelle e le mucose delle vie aeree, provocando segni fisici e deformità associati nei secoli a uno stigma negativo con conseguente emarginazione di malati e familiari.

⁷ La colonia dell'Eritrea, assieme all'Impero Etiope e alla Somalia Italiana, andò a costituire l'Africa Orientale Italiana (A.O.I.), suddivisione amministrativa relativa ai territori posseduti in

dell'Etiopia fino al 1991 (Pesce, Travaglino, 2007). Il luogo in cui sopravvivevano questi 'lebbrosi' emarginati dalla società dei 'sani', enfaticamente denominato 'Ostello di Massaua', era caratterizzato dall'assoluta mancanza di un'adeguata assistenza igienico-sanitaria e alimentare. In tale contesto, Carlo e Franca Travaglino, volontari italiani fondatori di quello che qualche anno dopo sarebbe stato riconosciuto dalle autorità governative locali come H.E.W.O., con il preciso intento di vivere un'esperienza di solidarietà e giustizia sociale, iniziarono un innovativo cammino condiviso con gli hanseniani, finalizzato a capovolgere questa condizione di emarginati con un progetto di liberazione, sviluppo ed effettivo *empowerment*. Punto di partenza fu l'accostarsi a essi non come a 'meschini'⁹ da assistere, ma come a persone che contano, insieme alle quali è possibile affrontare le difficoltà del vivere quotidiano e i problemi derivanti da una malattia con tante implicazioni anche di natura sociale quale è il morbo di Hansen (Morrone, Travaglino, 2000). La definizione dei programmi e dei progetti, la scelta delle metodologie di intervento e degli strumenti operativi partirono dai reali bisogni e dalle concrete necessità degli ammalati, sia come risposta di giustizia all'aspirazione al rispetto dei propri diritti umani fondamentali, sia come stimolo di crescita personale e sociale. Lavorando alla ricostruzione della dignità umana attraverso adeguate cure mediche, sviluppando l'identità di persona in chi ne era stato defraudato perché malato e povero, coinvolgendo progressivamente le autorità governative e la comunità civile nel processo di liberazione da condizionamenti penalizzanti e da stigma e stereotipi ghezzanti, reinserendo gli emarginati nella società come risorse umane, sociali ed economiche, fu realmente abbandonato il metodo assistenziale e autoritario del degradato ricovero di Massaua, a favore di un metodo comunitario fondato sulla reciprocità dei rapporti che responsabilizza nei doveri, generando parità di diritti e benessere, con ricadute positive anche nel più ampio contesto sociale. Nel 1974 questi servizi, dopo i notevoli risultati conseguiti, ebbero il riconoscimento dalle locali autorità governative con la nascita ufficiale dell'H.E.W.O., una realtà giuridica etiopica costituita da comunità autogestite

Africa orientale dall'Impero italiano proclamato il 9 maggio 1936 dopo la conquista italiana dell'Etiopia (Negash, 1987). Per maggiori dettagli relativi al contesto geografico, culturale e sociale dell'Eritrea e dell'Etiopia sotto il dominio coloniale italiano si vedano la *Guida dell'Africa Orientale Italiana* della Consociazione Turistica Italiana (Milano, 1938), l'interessante volume *Viaggio in Etiopia e altri scritti africani* di Curzio Malaparte, a cura di Enzo R. Laforgia, edito da Vallecchi (Firenze, 2006), il lavoro antropologico sulla memoria coloniale di D'Agostino (2012) e quello storico-culturale di Negash (1987).

⁸ Storicamente il territorio dell'Eritrea è stato oggetto di un dominio coloniale iniziato con i turchi nel 1517, proseguito con gli egiziani (1813), gli italiani (1890), gli inglesi (1941) e quindi gli etiopi (1952) fino al conseguimento dell'indipendenza da questi ultimi nel 1991 con la nascita di quello che fu salutato come il più giovane stato africano, velocemente trasformatosi poi in una dittatura.

⁹ Con questa locuzione, mutuata dalla lingua italiana durante l'occupazione coloniale, la popolazione locale indicava le persone povere mendicanti, con connotazione dispregiativa equivalente a 'miserabili'. Per approfondimenti in merito alla complessa tematica del 'miserabilismo' relativamente ai paesi del Sud del mondo anche in relazione a quella del 'populismo' si rimanda ancora a Olivier de Sardan (2008).

di donne e uomini, persone in difficoltà e tendenti all'autosufficienza economica che lottano insieme per uscire dal disagio, dalla malattia e dalla sofferenza e che interagiscono con la società in cui operano, producendo cambiamenti nel settore della sanità, della cultura, dell'educazione e del lavoro. L'H.E.W.O. è costituito quindi da comunità di persone che si autopromuovono a partire da condizioni di malattia e indigenza, non agganciate né a grandi istituzioni né tanto meno ai governi, ma che non sono neppure una O.N.G.; condividono piuttosto, concretamente, la loro realtà con gruppi italiani che in modo libero sostengono i loro progetti, e con cui sono in stretto contatto anche grazie alle nuove prassi della comunicazione digitale. Si tratta di una rete transnazionale che collega donne e uomini che condividono idee, risorse, beni, competenze e saperi con la finalità di promuovere un reale sviluppo in nome di una giustizia sociale e di un solidarismo partecipativo. Nell'H.E.W.O. le persone in difficoltà, malati, poveri, donne, bambini, sono soggetti giuridici¹⁰, protagonisti della loro liberazione e non oggetto di beneficenza, ne tanto meno ignari destinatari di programmi assistenzialistici pianificati da altri per loro secondo una logica neocoloniale (Zito, 2010). Da allora l'innovativo modello di esperienza comunitaria di reale *empowerment* e di valorizzazione delle differenze, avviato a Massaua, si è sviluppato nel tempo e nello spazio, pur tra le complesse vicende storiche relative alla trentennale sanguinosa guerra di separazione culminata nell'indipendenza dell'Eritrea dall'Etiopia¹¹ nel 1991, alla fine dell'Impero etiopico con la destituzione di Hailé Selassié¹² e alla progressiva costituzione di una Repubblica Federale Etiopica. Grazie a un'attiva partecipazione di molti volontari italiani (raggruppati in associazioni e onlus) sul campo in ambito sanitario, educativo, amministrativo ed economico-produttivo e a distanza con la pratica della raccolta di fondi e beni necessari al funzionamento dei servizi *in loco*, sono diventati operativi, dopo i primi centri riabilitativi di Mai Habar e di Asmara in Eritrea, a partire dagli anni Novanta il Centro di Qwiha-Mekelle con annesso ospedale in Tigray e quello di Garbò-Wolisso in Oromia, entrambi nella Repubblica Federale di Etiopia (Travaglino, Pesce, 2000). In Etiopia l'esperienza dell'H.E.W.O., con particolare riferimento al Centro di Qwiha, si è mano a mano estesa dagli hanseniani ai malati di altre patologie infettive e dermatologiche, a persone in stato di grave indigenza, a bambini di età prescolare e scolare provenienti da situazioni di disagio, fino a rivolgere parti-

¹⁰ Lo statuto dell'H.E.W.O. stabilisce che, oltre ai fondatori, membri del Board siano i rappresentanti degli stessi soggetti, donne e uomini, che fanno parte delle comunità e che sono destinatari e promotori delle attività di assistenza socio-sanitaria e di sviluppo sociale realizzate.

¹¹ In proposito si veda anche il film *Teza* (2009) di Haile Gerima, un grande affresco generazionale che abbraccia trent'anni di storia dell'Etiopia e per ulteriori approfondimenti il lavoro di Pool (2001).

¹² L'imperatore d'Etiopia Hailé Selassié, *alias* Tafari Maconnen, celebre e discussa figura della recente storia africana, salito al trono nel 1930, fu ufficialmente deposedo il 12 settembre 1974, mentre prendeva il potere il dittatore Mengistu Haile Mariam. Il 25 agosto 1975 si seppe della sua morte, probabilmente assassinato e sepolto in un luogo segreto per evitare fenomeni di culto popolare.

colare attenzione alle persone con HIV/AIDS, per promuovere in tutti un recupero della propria dignità umana.



Immagine n. 1

La forma stilizzata del logo dell'H.E.W.O., composto da tre linee chiuse intrecciate, rimanda anche graficamente al forte spirito di comunità a cui si ispira e che caratterizza l'organizzazione e la gestione stessa di tutti i suoi servizi [immagine condivisa dalla Comunità H.E.W.O.].



Foto n. 9

Le foto n. 9-10 ritraggono alcune vedute degli spazi esterni dell'ospedale H.E.W.O. di Qwihamekelle in Tigray [foto dell'autore].



Foto 10

A Qwiha l'H.E.W.O. risponde alla richiesta dei malati poveri di essere presi in cura con un ospedale specializzato per il morbo di Hansen, la tubercolosi, l'HIV/AIDS e per altre patologie infettive, con un reparto di pediatria e uno di chirurgia e con un innovativo 'Centro dei diritti delle bambine e dei bambini', istituito per far conoscere e difendere i diritti, spesso sconosciuti, violati o minacciati, dei minori¹³. La *mission* di ogni comunità H.E.W.O. è infatti di offrire cure mediche di elevata qualità a persone svantaggiate e povere, in collaborazione con il sistema sanitario locale, riabilitarle sul piano fisico e psicosociale, reintegrarle nella società come membri attivi, sviluppando anche attività economiche e produttive, fornire servizi scolastici e formativi a bambini e adolescenti, promuovere l'*agency* di malati e indigenti. Inoltre, in ogni comunità H.E.W.O., i tre settori di operatività - sanitario, educativo, riabilitativo - non sono distinti e separati, essendo piuttosto momenti integrati di un unico progetto umanitario e di promozione sociale. Particolarmente impegnativo e deli-

¹³ Completano questi servizi attività sociali lavorative per soddisfare i bisogni alimentari dei pazienti ricoverati e dei bambini che frequentano il Centro, quali un campo agricolo, un allevamento di bovini per la produzione del latte, un laboratorio per la conservazione di frutta e verdura, una macchina per la produzione della pasta, un forno per la produzione del pane. È presente inoltre un laboratorio/scuola di maglieria per la formazione professionale dei giovani e per la produzione di capi di abbigliamento, il ricavato della cui vendita è destinato al sostentamento della comunità.

cato è il processo riabilitativo perché coinvolge non solo la persona interessata, ma l'intero tessuto sociale nel quale avviene il reinserimento. Infatti gli interventi riabilitativi sono rivolti non esclusivamente alla rieducazione motoria di meccanismi fisici o all'apprendimento di un mestiere, perché intesi innanzitutto a stimolare nei malati, poveri ed emarginati la consapevolezza della propria dignità di esseri umani, non facilmente riconoscibile in un corpo deformato dalla malattia e bollato dallo stigma, in un volto sfigurato da lesioni o sotto gli abiti laceri di un povero. Dalla riconquistata stima di se stessi si passa a scoprire talenti, a sviluppare attitudini, a trovare motivazioni e interessi nuovi per 'trasformare' disabilità fisica, malattia cronica e inadeguatezza sociale in risorse individuali e comunitarie.

Tratti distintivi dell'H.E.W.O. sono pertanto lo sviluppo sociale, il rispetto e la crescita globale delle persone, conseguiti con il metodo comunitario fondato sulla pari dignità e sulla parità dei diritti umani, pur nel pieno riconoscimento delle differenze culturali, etniche, religiose, linguistiche e di genere, così come è avvenuto per la protezione della salute di donne e bambini più indigenti provenienti da contesti rurali del distretto di Mekelle attraverso l'allestimento del 'progetto maternità (HIV-)'.¹⁴

3.3 Venire al mondo: 'il progetto maternità (HIV-)' a Qwiha-Mekelle

Aspetto importante della presenza dell'H.E.W.O. nelle varie comunità di Eritrea ed Etiopia è sempre stata l'attenzione concreta alla salute delle donne e alle pari opportunità, con il fondamentale impegno alla reale emancipazione delle stesse, alla valorizzazione delle loro potenzialità umane e all'*empowerment* delle loro capacità come risorse indispensabili, a partire dalla formazione e dall'educazione socio-sanitaria delle mamme e dalla scolarizzazione delle bambine¹⁴. Ed è proprio in questa specifica direzione che è stato promosso il progetto di costruzione e allestimento, all'interno dei vari servizi sanitari offerti dall'H.E.W.O. a Qwiha in Etiopia, di uno specifico reparto di maternità finalizzato non solo ad assicurare un parto sicuro, ma anche a proteggere gravidanza e allattamento al seno e a garantire, più in generale, il diritto a venire al mondo in condizioni ottimali e protette. Comunitariamente è stato deciso di costruire un'apposita struttura (*Maternal and Child Health Service*), essenziale e distinta de-

¹⁴ A tal proposito si ricorda che in Etiopia la percentuale di matrimoni sotto la maggiore età raggiunge quasi il 50% (*International Center for Research on Women*) con importanti conseguenze, sociali, psicologiche e sanitarie per le giovanissime coinvolte (Presler *et al.*, 2016). Tale fenomeno, diffuso anche in altri paesi africani, può essere letto come conseguenza della miseria, dell'analfabetismo e della generale discriminazione verso le donne, dove il corpo, merce di scambio per denaro e alleanze familiari, viene usato per mantenere un ordine sociale. La mancanza di scolarizzazione sembra un fattore determinante nei matrimoni delle adolescenti, con rischi elevatissimi di morire a causa del parto, di subire violenze domestiche di vario tipo, di contrarre l'AIDS e di sviluppare varie forme di disagio psicologico, conseguenze di una 'non scelta'. Nonostante le convenzioni internazionali proibiscano il matrimonio dei minori in tantissimi paesi africani non vengono rispettate, perché prevalgono piuttosto tradizioni culturali secolari e la povertà.

pendance dell'esistente ospedale H.E.W.O., al cui interno è già presente da anni anche un reparto pediatrico, finalizzata a offrire servizi specialistici per una regolare e continua assistenza medica e socio-psicologica alle gestanti durante i nove mesi di gravidanza, onde evitare anche, in caso di positività all'infezione, la trasmissione verticale madre-bambino dell'HIV/AIDS con specifici programmi di trattamento delle donne contagiate dal virus. L'obiettivo è inoltre di rendere possibile il parto in un luogo sicuro, senza dimenticare l'assistenza *post partum* alle donne e ai neonati per la difesa della loro salute e a garanzia della sana crescita dei bambini, contrastando così la pericolosa tendenza al parto in casa, largamente diffusa in tutta l'Etiopia, in contesti e condizioni igieniche molto precarie e con rischi di varia entità e natura oltre quello dell'HIV/AIDS. Tale progetto è stato pensato in risposta a una reale grave emergenza che coinvolge donne in stato di gravidanza, povere e prive di assistenza, spesso molto giovani, provenienti prevalentemente dai villaggi e dai piccoli centri rurali dell'area geografica intorno a Mekelle, ma molto distanti dall'ospedale cittadino, non raggiungibile senza adeguati mezzi di trasporto, considerando anche l'asprezza del territorio montuoso particolarmente accentuata dalle condizioni climatiche in alcune stagioni e la tendenza delle donne stesse a lavorare in campagna quasi fino al momento del parto. Un primo aspetto da sottolineare è che l'espressione di un tale bisogno e la relativa richiesta di essere aiutate a soddisfarlo siano venute direttamente dalle donne della comunità che già frequentavano il Centro H.E.W.O. per la scuola e l'ospedale e che a un certo punto hanno sentito chiaramente la necessità di un servizio dedicato alla salvaguardia della maternità con particolare riguardo alla prevenzione della trasmissione verticale dell'HIV/AIDS, ma non solo. La richiesta è stata apertamente e ripetutamente avanzata negli anni 2013-2014, nel corso delle riunioni comunitarie periodiche del Centro, durante le quali i rappresentanti della comunità locale incontrano lo *staff* amministrativo e sanitario dell'ospedale e con essi i malati per discutere diversi aspetti organizzativi e programmare interventi e servizi a partire dai reali bisogni ed esigenze della comunità locale.

In proposito ricordo in particolare l'intervento di una donna, ancora abbastanza giovane, ricoverata a seguito di un'operazione chirurgica presso l'ospedale H.E.W.O. di Qwiha e tuttavia prossima alla dimissione, che, nel gennaio 2014, durante una delle riunioni settimanali di tutti i pazienti con lo *staff* amministrativo e sanitario a cui presi parte come osservatore durante un mio soggiorno presso l'H.E.W.O., esprimeva in modo deciso, di fronte alla comunità presente, la necessità che si desse maggiore attenzione ed aiuto alle donne gravide della zona, affinché fossero adeguatamente sostenute, sul piano sanitario, durante la fase di attesa e al momento del parto. Un'altra donna più anziana, ricoverata per un problema più serio, poco prima aveva richiamato l'attenzione sul fatto che in Tigray, ma più in generale in tutta l'Etiopia, le donne lavorano molto di più degli uomini, sia per quantità di tempo che per intensità e sforzo fisico - cosa che appare subito evidente allo sguardo esterno, come io stesso ho potuto constatare non solo a Qwiha, ma anche girando negli altri stati del paese - finanche quasi al momento del parto che talvolta può, pertanto, accadere in

campagna.

Più in generale in questo caso, la diretta richiesta di un servizio dedicato alla maternità, formulata localmente dalle donne, assume un valore sociale notevole se si considera la visione culturale prevalente a Mekelle e dintorni rispetto all'HIV/AIDS, con una generale tendenza a nascondere l'infezione per tutte le ragioni che sono state prima analizzate.

Letay Teklu, giovane donna, *general manager* dell'H.E.W.O., in stretto contatto con la comunità di donne della zona, ferma ed entusiasta sostenitrice della necessità di attivare in tempi brevi un serio reparto dedicato alla tutela della maternità in un territorio ancora così svantaggiato, particolarmente per la popolazione femminile più povera, durante un'intervista raccolta nel gennaio 2014, nella tranquillità del suo ufficio presso l'ospedale di Qwiha, mi illustrava così il suo punto di vista:

«[...] è la comunità che volere reparto di maternità, lo chiedere popolo [...] le donne che volere fortemente [reparto di] maternità, perché le donne che portano loro bambini qui all'asilo e venire per curare loro familiari qui in ospedale, e così vedere negli anni la differenza e ora esprimere questa richiesta di volere reparto di maternità per loro e per far nascere loro bambini senza problemi [...].»

Letay, con queste chiare parole, pronunciate in un italiano piuttosto sicuro nonostante alcune suoni chiusi sulle vocali, probabilmente appreso sin da bambina, chiama in causa tre entità: la comunità, il popolo e le donne. Si tratta di tre categorie sociali e antropologiche molto rilevanti per il nostro discorso, dietro l'utilizzo delle quali, al di là di possibili sfumature linguistiche legate al vocabolario da lei acquisito e a qualche inevitabile nota di retorica 'populista' legata anche alla cultura locale e chiaramente al suo ruolo, c'è un rimando sostanziale a uno strutturato *habitus* (Bourdieu, 2003) comunitario, caratterizzato da una predisposizione culturale alla condivisione, anche dal basso, di idee e progetti, in questo caso all'interno della realtà H.E.W.O. e con specifica attenzione alla condizione femminile.

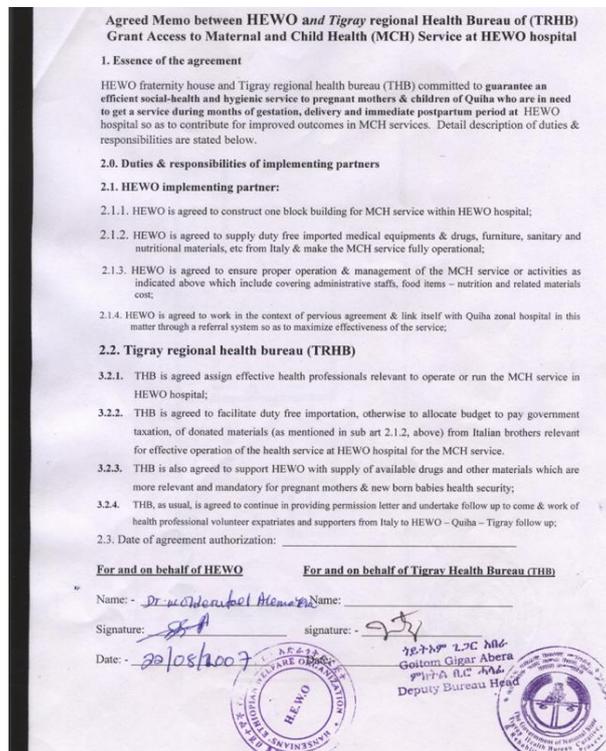
Certamente non bisogna dimenticare, come ancora Olivier de Sardan (2008) evidenzia, che ogni progetto di sviluppo, e quindi anche questo che si sta descrivendo e analizzando, si configura sempre come un luogo di scontro 'politico'; ovviamente conferendo questo studioso alla dimensione politica un significato molto diverso da quello che normalmente vi attribuiamo. Tale dimensione politica rimanda infatti, in questo caso, a una vera e propria 'arena' che finisce con il caratterizzare ogni dispositivo di sviluppo, 'arena' all'interno della quale si gioca una partita in cui ciascun attore utilizza carte e regole diverse e in cui si producono inevitabilmente anche conflitti. L'arena va intesa, sempre secondo Oliver de Sardan, come *«un luogo in cui si confrontano concretamente attori sociali che interagiscono intorno a poste in gioco comuni. Essa rientra nel campo di uno spazio 'locale'»* (2008: 200-201). Nel caso specifico considerato gli attori sociali coinvolti sono veramente tanti, dalle donne del villaggio di Qwiha e dei villaggi limitrofi, soggetti-protagonisti del progetto, ai rappresentanti della comunità locale, dallo staff amministrativo del Centro H.E.W.O. a quello sanitario, dalle autorità governative e sanitarie locali a quelle nazionali, dai dirigenti amministrativi ai gruppi di volontari, sanitari, tecnici e sostenitori italiani convolti a vario titolo e

livello nei programmi di sviluppo. Tale molteplicità di attori rimanda anche a una pluralità di dinamiche e potenziali conflittualità che non sono certo mancate nel tempo della richiesta di tale servizio di maternità, della sua progettazione, del riconoscimento della sua fattibilità e infine della decisione di poterlo finanziare e poi realizzare.

In definitiva nella concretizzazione di questo specifico progetto - perché in generale ciò caratterizza storicamente l'impostazione dei programmi dell'H.E.W.O. - si è cercato di valorizzare il più possibile, nell'interazione con gli attori sociali locali, il punto di vista "micro" (Olivier de Sardan, 2008) dei destinatari e fruitori ultimi del servizio, in questo caso le donne future mamme, facendo particolare attenzione proprio al modo in cui queste avrebbero reagito alle operazioni di sviluppo sociale promosse nel loro interesse in risposta alla loro domanda. Ciò considerando con attenzione il dato che più in generale nessun utente riceve mai un messaggio in modo passivo, ma lo ricostruisce a partire dalla sua posizione nel rapporto di forze in cui è immerso in un complesso processo di negoziazione con gli altri attori sociali coinvolti, così come, per altri aspetti, accade anche durante la ricerca sul campo.

Il progetto, a partire da una richiesta così chiara e motivata, ha preso progressivamente corpo nel corso del biennio successivo (2015-2016), grazie a una massiccia campagna di raccolta fondi scattata presso alcuni dei gruppi italiani sostenitori dell'H.E.W.O. in Etiopia - non essendo stati tutti pienamente concordi in merito alla reale necessità di istituire tale nuovo servizio, a causa forse anche di un clima generale di crisi economica e spesso di difficoltà a garantire la sostenibilità dei vari servizi già in piedi - e grazie ad accordi e protocolli di intesa con le locali autorità governative e sanitarie. In particolare, fondamentale per la piena realizzazione della struttura, è stato l'accordo tra l'H.E.W.O. e il *Tigray Regional Health Bureau*. In base ad esso, nella realizzazione del *Maternal and Child Health Service*, l'H.E.W.O., con il supporto economico e tecnico necessari, si è impegnato a costruire, in prossimità del preesistente ospedale, l'edificio per tale nuovo servizio clinico dedicato a donne e bambini della comunità locale, nel fornire, attraverso il contributo della rete italiana di sostenitori, attrezzature mediche, alcuni farmaci specifici, arredi e suppellettili per l'allestimento dei reparti, nel garantire la gestione organizzativa ed economica incluso lo staff amministrativo, nell'assicurare una formazione continua del personale sanitario locale grazie all'intervento di specialisti italiani in missione clinica e formativa, nel provvedere al servizio nutrizionale quotidiano per le degenti e infine nell'impegnarsi a lavorare in rete con i vicini ospedali nazionali di Qwiha e Mekelle. Il *Tigray Regional Health Bureau*, dal canto suo, nell'accordo siglato, si è impegnato invece ad assegnare personale specializzato locale (medici, infermieri e altri operatori sanitari necessari) per supportare quotidianamente le attività cliniche del servizio, a facilitare l'importazione di farmaci e materiali sanitari dall'Italia, oppure a stanziare fondi per coprire eventuali e non prevedibili tasse governative sui beni donati, a fornire ulteriori farmaci (ad esempio gli antiretrovirali per l'HIV/AIDS) o materiali sanitari necessari e fondamentali per l'assistenza delle donne gravide e dei neonati ricoverati, a sostenere con per-

messi speciali il lavoro e la collaborazione di specialisti italiani volontari in missione clinica e di formazione del personale locale in modo da implementare complessivamente le attività del servizio e la loro qualità.



Documento 1

Sintesi dell'accordo scritto tra l'H.E.W.O. e il *Tigray Regional Health Bureau* per la realizzazione del *Maternal and Child Health Service* a Qwiha-Mekelle in Tigray [documento condiviso dalla Comunità H.E.W.O.].

Il *Maternal and Child Health Service*, ultimato alla fine del 2016, è stato inaugurato, entrando pienamente in funzione, nel 2017, grazie al vigoroso lavoro dei membri delle comunità che lo hanno intensamente voluto, con in particolare una larga partecipazione delle donne stesse che si sono fatte carico anche di un duro lavoro fisico per poter assicurare in tempi relativamente brevi la conclusione della struttura. La forte ed esplicita richiesta di un tale servizio, a cui è seguito un intenso impegno concreto per la sua realizzazione, con una larga partecipazione della comunità locale e in particolare delle donne, soprattutto di quelle non malate, ha rappresentato al contempo un segnale forte e positivo rispetto a una cultura del segreto e dell'emarginazione che invece caratterizza, come si è già detto, per una serie di ragioni socio-culturali, religiose ed economiche, il contesto dell'intervento. Inoltre, per la sua efficienza e innovativa organizzazione, il *Maternal and Child Health Service* dell'H.E.W.O. ha subito ricevuto da parte del *Tigray Regional Health Bureau* un premio come riconoscimento ufficiale dell'elevato valore assistenziale così promosso in tale territorio a favore di fasce della popolazione più svantaggiata.



Foto n. 11

Le foto n. 11-12-13-14-15 fanno riferimento alla comunità di donne di Qwiha-Mekelle in Tigray coinvolte nei diversi progetti e attività dell'H.E.W.O. [foto n. 11 e n. 12 dell'autore; foto n. 13, n. 14 e n. 15 condivise dalla Comunità H.E.W.O.].



Foto n. 12



Foto n. 13



Foto n. 14



Foto n. 15



Foto n. 16

La foto n. 16 si riferisce al premio assegnato dal *Tigray Regional Health Bureau* al neonato *Maternal and Child Health Service* dell'ospedale H.E.W.O. di Qwiha-Mekelle in Tigray. Tale premio è stato conferito specificamente per l'elevato valore assistenziale promosso a favore di fasce della popolazione più svantaggiata [foto condivisa dalla Comunità H.E.W.O.].

In particolare la struttura, concepita in maniera essenziale e funzionale, comprende allo stato quattro stanze di degenza modernamente equipaggiate, tutte complete di servizi autonomi e un'area protetta riservata all'accoglienza e all'attesa delle donne gravide.



Foto n. 17

La foto n. 17 ritrae una veduta esterna dell'edificio che ospita il *Maternal and Child Health Service* dell'H.E.W.O. a Qwiha-Mekelle in Tigray; la figura femminile a destra, ripresa mentre cammina, è Letay Teklu, *general manager* dell'H.E.W.O. [foto condivisa dalla Comunità H.E.W.O.].

Il servizio è inoltre già pienamente operativo dal mese di marzo 2017, avendo permesso nel frattempo la nascita di molti bambini in condizioni igieniche sicure, con l'interruzione, in particolare, in caso di infezione da HIV, della trasmissione verticale del virus e con la garanzia, in generale, di una più sicura esperienza della maternità per le donne e del venire al mondo per i loro figli, anche indipendentemente dalla presenza di tale infezione. Con questo progetto si è anche tentato di valorizzare il più possibile la dimensione dello scambio relazionale alla base di ogni pratica di cura che per altro, come già visto, richiama uno specifico aspetto della cultura del Tigray in Etiopia, la cui organizzazione sociale è tradizionalmente basata su un forte spirito di condivisione comunitaria (Kloos, 1998; Schirripa, 2010, 2015).

Il valore di tale progetto, inoltre, - ultimo tassello di una lunga storia di programmi di cooperazione e sviluppo, quella dell'H.E.W.O. con la sua specifica prospettiva e relative metodologie elaborate in quasi cinquant'anni di ininterrotta attività in Eritrea ed Etiopia - va oltre la sua efficacia in termini di prevenzione e cura che andrà monitorata e valutata nel tempo anche con indicatori quantitativi, rivestendo invece da subito, per il forte riconoscimento ricevuto da parte delle istituzioni sanitarie e civili locali, un'importanza simbolica altis-

sima all'interno del contesto entro cui è stato realizzato, soprattutto considerando i complessi significati legati all'HIV/AIDS in generale e la condizione delle donne nelle fasce più svantaggiate della popolazione rurale tigrina in particolare. Infine, il fatto che tale servizio sia nato proprio dalla richiesta avanzata dalla comunità di donne di Qwiha e dei vicini villaggi - già in contatto da anni con l'H.E.W.O. per aver usufruito di altri servizi sanitari per sé e i propri familiari, oltre che di quelli scolastici per gli altri figli - lo rende un esempio particolarmente prezioso di quello che una buona pratica di cooperazione e sviluppo, pur tra qualche inevitabile effetto 'collaterale' dovuto alla ragione umanitaria (Fassin, 2010) e tra possibili ideologie, retoriche e pratiche 'populiste' non sempre controllabili, ma comunque spesso funzionali (Olivier de Sardan, 2008), in un contesto complesso come il Tigray etiope, può nel tempo produrre in seno alla comunità sviluppo ed *empowerment*, con potenziali ricadute altissime, anche in termini di cambiamento culturale e sociale, rispetto per esempio ai significati conferiti all'infezione da HIV, ma non solo.

Cruciale resta quindi, in questo caso, come in ogni altro progetto di sviluppo sociale promosso, in particolare nei paesi del Sud del mondo, continuare a chiedersi sempre in che modo le proposte di cambiamento indotte dall'esterno entrino concretamente in relazione con le dinamiche locali producendo quali effetti anche in termini di identità culturali e in relazione alle domande di partenza (Tommasoli, 2001, 2014; Malighetti, 2002, 2005, 2009; Pellecchia, Zanutelli 2010; Zito, 2010, 2014; Zanutelli, Lenzi Grillini, 2012; Lenzi Grillini, 2014).

In proposito Letay Teklu, nel corso di un'altra intervista raccolta questa volta a Roma nell'ottobre 2016, durante un suo viaggio in Italia per una serie di conferenze sullo stato delle Comunità H.E.W.O. di Etiopia rivolte ai vari gruppi di sostenitori italiani sparsi tra Nord e Sud del paese, mi dice:

«[...] se vogliamo costruire tutti insieme H.E.W.O., perché essere e sentire tutti parte di una stessa comunità allora dobbiamo sempre discutere e decidere tutti insieme cosa è buono fare, come fare, perché fare e quando fare, questo è giusto, [...] perché noi sappiamo bene cose che abbiamo bisogno in Etiopia e amici in Italia possono capire tante cose, aiutare a fare tante cose buone per noi e costruire tante cose di cui abbiamo veramente bisogno da noi in Etiopia [...], ma è importante sempre che amici italiani prima di fare e decidere ascoltare noi, perché noi sappiamo cose di cui realmente abbiamo bisogno [...] e solo lavorando insieme come una vera comunità possiamo fare insieme, nel tempo, tante cose buone per H.E.W.O., per il popolo [...]».

La posizione di Letay, come rappresentante di una comunità etiopica che pure beneficia di sostegno da parte di *donors* italiani, espressa in questo frammento di intervista, lascia intravedere la complessità del rapporto tra 'chi aiuta' e 'chi è aiutato', rimandandoci ancora una volta all'arena politica di cui ha parlato Olivier de Sardan (2008) in merito alle complesse dinamiche, anche di potere, che circolano negli spazi e nei campi di sviluppo, mostrando al contempo, però, una piena consapevolezza in termini di identità e di obiettivi e il bisogno di difenderli pur facendo comunità.

4. *Qualche riflessione e un'immagine per concludere*

L'AIDS, quale incorporazione biologica di diseguaglianze e ingiustizie sociali, con il suo portato di sofferenza sociale (Farmer, 2003), come in qualche modo si è visto anche per il Tigray, oltre a segnare i corpi, trasforma i legami parentali e le relazioni comunitarie, riconfigura le biografie e incide sulle pratiche quotidiane, richiedendo pertanto, complessivamente, prima di ogni altra cosa, uno sforzo di giustizia (Fassin, 2016). Oggi, infatti, sempre più, mentre in Occidente la salute si sta inesorabilmente trasformando in un bene di consumo, nel cosiddetto Sud del mondo è un rilevante problema, innanzitutto di giustizia sociale (Nguyen, 2005). Proprio riconoscendo questo punto si comprende meglio lo sforzo che realtà come l'H.E.W.O. in Eritrea ed Etiopia hanno tentato di fare negli anni, su più piani, dalla cura alla prevenzione, dall'educazione alla lotta alla malnutrizione, dalla riabilitazione all'attenzione al processo di reinserimento sociale fino alla promozione di una cultura delle pari opportunità, pur nella consapevolezza di qualche potenziale inevitabile effetto 'collaterale' della ragione umanitaria (Fassin, 2010). L'esperienza dell'H.E.W.O. in Tigray, anche attraverso lo specifico 'progetto maternità (HIV-)' mostra, in particolare, che una pratica sana della cooperazione evita di produrre interventi inutili o dannosi nella promozione della salute e dello sviluppo sociale delle comunità locali in Africa quando riesce abbastanza a svincolarsi dall'ideologia umanitaria occidentale mediante una buona capacità nel decostruire e nel situarsi, favorendo inoltre l'assunzione di una buona riflessività e quindi di un corretto approccio autoconsapevole e critico, di un'adeguata dislocazione, di un effettivo atteggiamento paritario verso l'altro, soprattutto se questi è in posizione 'subalterna' e 'minore' (Zito, 2014, 2015a), di un reale metodo comunitario (Olivier de Sardan, 2008; Zito, 2010). D'altro canto l'antropologia medica con il suo sapere critico da tempo propone una più complessa visione della corporeità nella sua dimensione profondamente storica e quindi nel rapporto con i mondi sociali che, così configurata, può aiutare non solo a rileggere malattie e processi di cura, ma può influire sul piano della pratica e dell'intervento, diventando pienamente politica (Lock, Nguyen, 2010; Inhorn, Wentzell, 2012). Ispirato dall'opera di Antonio Gramsci e legato alla ricerca di Ernesto de Martino, Tullio Seppilli, fondatore dell'antropologia medica italiana recentemente scomparso e più in generale protagonista della scena antropologica italiana dal secondo dopoguerra in poi, convinto assertore di un uso sociale, consapevole e critico dell'antropologia, sostiene la necessità di «*un'antropologia come ricerca nel cuore stesso della società, dei suoi problemi e delle sue ingiustizie. Un'antropologia per 'capire', ma anche per 'agire', per 'impegnarsi'*» (Seppilli, 2014: 74). La ricerca antropologica, come insegna la lezione di Seppilli, richiede infatti, più di ogni altra, una presa di posizione rispetto al 'campo' intellettuale e politico di cui si è parte, con un conseguente riconoscimento delle passioni intellettuali che hanno indirizzato la propria riflessione (Schirripa, 2015). Dal canto suo Fassin (2014a) ci ricorda che una delle contraddizioni più radicali e pericolose del mondo contemporaneo consiste nel fatto che, mentre da un lato la vita come questione

generale è oggetto di un'elevata forma di sacralizzazione (biologicità), dall'altro le vite hanno un valore differente in termini di durata e per quanto attiene alle condizioni stesse dell'esistenza. Così sembrano suggerire ancora proprio le parole di Fassin (2016) riportate in epigrafe in merito a una doppia versione della storia, quella dei 'vincitori' e quella dei 'vinti'. Così sembrano confermarlo ampiamente le questioni precedentemente affrontate, con particolare riferimento ai processi di costruzione sociale dei corpi e della malattia in rapporto ai contesti culturali. Infatti sui corpi si leggono le disuguaglianze, nei corpi si imprimono le violenze, attraverso i corpi agiscono le norme e il potere (Quaranta, 2006b). La malattia stessa, come l'HIV/AIDS, liberata dal riduzionismo biologico, diventa una realtà sociale, mostrando il modo in cui l'ordine sociale si imprime in quello corporeo. Per Fassin (2014a), a questo punto, 'ripolitizzare il mondo' significa spostare lo sguardo dalle forme della politica, alla sua stessa materia, la vita, il corpo e la morale, perché la politica è ciò che trasforma le vite, agisce sui corpi, mette in moto la morale, come possono mostrare le storie di HIV/AIDS in un ospedale situato in un villaggio nel Nord dell'Etiopia e la vita che si dipana intorno ai processi di cura dell'HIV/AIDS nel resto del mondo.

La sfera della riproduzione in particolare, cui la piccola esperienza del 'progetto maternità (HIV-)' dell'H.E.W.O. rimanda, può costituire quindi una stimolante lente attraverso la quale guardare alla salute e alla salute globale in generale come a un campo di conoscenza e attività strategico. La ricerca antropologica in Italia intorno alla tematica del venire al mondo (Ranisio, 1996, 2012, 2014) ha per esempio mostrato interessanti risultati in merito alla complessità non solo dell'esperienza della maternità in relazione ai contemporanei processi di medicalizzazione dell'identità femminile, ma anche in rapporto al tema dei servizi e delle differenti culture della nascita, mostrando infine attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità (Matalucci, 2017). Oltre al suo potere di sollevare importanti e controverse questioni su vita e morte, relazioni di genere e disuguaglianze sociali, uno sguardo ravvicinato agli interventi sanitari locali e globali in tema di riproduzione e maternità, attraverso l'approccio di un'antropologia critica della salute, rivela vecchie questioni: medicine tradizionali e pratiche magiche *versus* strutturati sistemi di sanità pubblica; privato *versus* pubblico; inclusione *versus* selettività; servizi medici centralizzati *versus* operatori sanitari ausiliari di comunità; ecc. Allo stesso tempo la conoscenza generata dalla scienza e dalla politica economica offre una cornice all'intero problema, rendendolo spesso difficile da pensare fuori dagli schemi così costituiti (Whiteford, Manderson, 2000). Sarebbe quindi utile interrogare e mettere in discussione tali certezze offrendo approfondimenti etnografici sul processo di definizione del fare politica e dell'implementazione della politica stessa anche con l'obiettivo di spostare l'attenzione su quelle complesse tematiche antropologiche e di giustizia sociale (Farmer, 1996, 2003; Inhorn, Wentzell, 2012; Fassin, 2016) cui si è precedentemente accennato e che richiederebbero urgenti soluzioni. In questa direzione sarebbe importante e strategico andare ad esaminare non solo le politiche di salute pubblica e come esse entrano in contatto con

le locali realtà sociali, economiche e politiche (Castro, Singer, 2004), ma anche tentare di comprendere più in profondità le dinamiche degli spazi politici della salute globale e come queste impattano e quindi influenzano gli spazi locali della salute delle comunità (Pfeiffer, Nichter, 2008; Storeng, Behague, 2014). Sarebbe di fondamentale importanza, in tale direzione, esaminare più in dettaglio le ideologie, le relazioni di potere, le culture e i discorsi dello sviluppo, le politiche di persuasione e di *advocacy*, e gli usi che vengono fatti della conoscenza e dell'evidenza così come sono dispiegate nella formazione delle politiche sanitarie relative, per esempio, all'area strategica della maternità e della riproduzione, facendo anche spazio a modi di pensare queste ultime che, tenendo conto delle differenze, possano generare pieno riconoscimento e maggiore equità (Mattalucci, 2017).

I singoli casi analizzati, come la piccola esperienza dell'H.E.W.O., potrebbero dimostrare il valore di un approccio etnografico nell'analisi di questioni quali riproduzione e maternità per comprendere e migliorare le politiche della salute e la loro incidenza a livello locale, tentando così sempre più di riannodare e far convergere le due versioni della storia cui Fassin (2016) fa riferimento nel testo riportato in epigrafe, in modo da rendere il mondo un po' più giusto, riducendo la forbice del divario tra 'vincitori' e 'vinti'. Questa speranza, come antropologi, ricercatori impegnati e operatori dello sviluppo, la affidiamo a un'immagine che la comunità H.E.W.O. ha scelto di condividere pubblicamente con gli altri, anche mediante i *social networks*, quella del primo bambino nato quasi un anno fa, nella primavera del 2017, presso il *Maternal and Child Health Service* di Qwiha-Mekelle. Benvenuto.



Foto n. 18

La foto n. 18 è un'immagine del primo bambino nato nella primavera del 2017 presso il *Maternal and Child Health Service* dell'H.E.W.O. a Qwiha-Mekelle in Tigray, ripreso mentre è allattato [foto condivisa dalla Comunità H.E.W.O.].

Bibliografia

- AA. VV. (1938). *Guida dell'Africa Orientale Italiana*. Milano: Consociazione Turistica Italiana.
- Abteu, S., Awoke, W., Asrat, A. (2016). Knowledge of pregnant women on mother-to-child transmission of HIV, its prevention, and associated factors in Assosa town, Northwest Ethiopia. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, 8, 101-107.
- Assen, A., Molla, F., Wondimu, A., Abrha, S., Melkam, W., Tadesse, E., Yilma, Z., Eticha, T., Abrha, H., Workneh, B.D. (2016). Late presentation for diagnosis of HIV infection among HIV positive patients in South Tigray Zone, Ethiopia. *BMC Public Health*, 16, 558 (1-7).
- Augé, M., Herzlich, H.C. (a cura di) (1986). *Il senso del male: antropologia, storia e sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore.
- Beckmann, N., Gusman, A., Shroff, C. (a cura di) (2014). *Strings Attached. Aids and the Rise of Transnational Connections in Africa. Proceedings of the British Academy n. 194*. Oxford: Oxford University Press.
- Bourdieu, P. (2003). *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Castro, A., Singer, M. (a cura di) (2004). *Unhealthy health policy: A critical anthropological examination*. Walnut Creek, CA: AltaMira.
- Csordas, T.J. (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos*, 18, 5-47.
- D'Agostino, G. (2012). *Altre storie. Memoria dell'Italia in Eritrea*. Bologna: Archetipo Libri CLUEB.
- Farmer, P. (1992). *AIDS and Accusation. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, D. (2010). *La Raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*. Paris: Gallimard/Seuil.
- Fassin, D. (2014a). *Ripolitizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*. Verona: Ombre Corte.
- Fassin, D. (2014b). Cinque tesi per un'antropologia medica critica. *AM-Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 37, 33-50.
- Fassin, D. (2016). *Quando i corpi ricordano. Esperienze e politiche dell'AIDS in Sudafrica*. Lecce: Argo.
- Gelaw, Y.A., Senbete, G.H., Adane, A.A., Alene, K.A. (2015). Determinants of late presentation to HIV/AIDS care in Southern Tigray Zone, Northern Ethiopia: An institution based case-control study. *AIDS Research and Therapy*, 12, 40 (1-8).

- Gudina, M. (2011). Elections and democratization in Ethiopia, 1991–2010. *Journal of Eastern African Studies*, 5 (4), 664-680.
- Gusman, A. (2017). *Pentecôtistes en Ouganda. Génération, Sida et mortalité*. Paris: Éditions Karthala.
- Héritier, F. (1993). *Aids. La sfida antropologica*. Città di Castello: Ei Editori.
- Héritier, F. (2002). *Il male invisibile. Antropologia della malattia e meccanismi di esclusione*. Città di Castello: Ei Editori.
- Inhorn, C.M., Wentzell, E.A. (2012). Introduction. Medical Anthropology at the Intersections. In *Medical Anthropology at the Intersections. Histories, Activisms, and Futures*, (a cura di) Inhorn, C.M., Wentzell, E.A. Durham and London: Duke University Press.
- Kloos, H. (1998). Primary health care in Ethiopia under three political systems: Community participation in a war-torn society. *Social Science & Medicine*, 46 (4/5), 502-522.
- Laforgia, E.R. (2006). *Viaggio in Etiopia e altri scritti africani* di Curzio Malaparte, Firenze: Vallecchi.
- Leclerc-Madlala, S. (2001). AIDS in Africa: A Pandemic of Silence. *Lola Press-International Feminist Journal*, 15, 34-40.
- Lenzi Grillini, F. (2014). Riflessioni per una “antropologia per lo sviluppo”: analisi critica di un’esperienza di collaborazione fra antropologi e enti locali. *DADA. Rivista di Antropologia post-globale*, IV (2), 65-81.
- Levine, D. (1974). *Greater Ethiopia: The Evolution of a Multiethnic Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lock, M., Nguyen, V.K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. London: Wiley-Blackwell.
- Lupo, A. (2014). Antropologia medica e umanizzazione delle cure. *AM-Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 38, 105-126.
- Mains, D. (2012). *Hope is Cut. Youth, Unemployment, and the Future in Urban Ethiopia*. Philadelphia: Temple University Press.
- Malighetti, R. (2002). Post-colonialismo e post-sviluppo: l’attualità dell’antropologia coloniale. *Antropologia*, 2, 91-114.
- Malighetti, R. (a cura di) (2005). *Oltre lo sviluppo. Le prospettive dell’antropologia*. Roma: Meltemi.
- Malighetti, R. (2009). Sviluppo. In *Geografia: strumenti e parole*, (a cura di) Dell’Agnese, E. Milano: Edizioni Unicopli.
- Marabello, S. (2017). Segreti e silenzi: la riproduzione tra HIV e migrazione. In *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità*

- in Italia, (a cura di) Mattalucci, C. Milano: Edizioni Libreria Cortina.
- Massa, A. (2010). Health Care Seeking Behaviours and Sickness Management. In *Health System, Sickness and Social Suffering in Mekelle (Tigray-Ethiopia)*, (a cura di) Schirripa, P. Berlin: Lit Verlag.
- Massa, A. (2012). «Non sapevo che bisognasse tenerlo nascosto». Associazionismo e nuove forme di cittadinanza nella gestione dell'AIDS a Mekelle. *Archivio Antropologico Mediterraneo*, 14 (1), 65-75.
- Mattalucci, C. (a cura di) (2017). *Antropologia e riproduzione. Attese, fratture e ricomposizioni della procreazione e della genitorialità in Italia*. Milano: Edizioni Libreria Cortina.
- McGrath, J.W., Winchester, M.S., Kaawa-Mafigiri, D., Walakira, E., Namutiibwa, F., Birungi, J., Ssendegye, G., Nalwoga, A., Kyarikunda, E., Kisakye, S., Ayebazibwe, N., Rwabukwali, C.B. (2014). Challenging the paradigm: Anthropological perspectives on HIV as a chronic disease. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 33 (4), 303-317.
- Mohammed, F., Assefa, N. (2016). Determinants of Desire for Children among HIV-Positive Women in the Afar Region, Ethiopia: Case Control Study. *PLoS ONE*, 11 (3), 1-9.
- Morrone, A., Travaglino, C. (2000). Malattia di Hansen. In *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, (a cura di) Morrone, A., Mazzali, M. Milano: Franco Angeli.
- Negash, T. (1987). *Italian Colonialism in Eritrea, 1882–1941: Policies, Praxis and Impact*. Uppsala: Uppsala University.
- Nguyen, V.K. (2002). SIDA, ONG, et la politique du témoignage en Afrique de l'ouest. *Anthropologie et sociétés*, 26 (1), 69-87.
- Nguyen, V.K. (2005). Antiretroviral Globalism, Biopolitics, and Therapeutic Citizenship. In *Global Anthropology, Technology, Governmentality, Ethics*, (a cura di) Ong, A., Colier, S. London: Wiley-Blackwell.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *Antropologia e sviluppo. Saggio sul cambiamento sociale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Parker, R. (2012). Critical intersections and engagements: Gender, sexuality, health, and rights in medical anthropology. In *Medical Anthropology at the Intersections. Histories, Activisms, and Futures* (a cura di) Inhorn, C.M., Wentzell, E.A. Durham and London: Duke University Press.
- Pellecchia, U., Zanutelli, F. (a cura di) (2010). *Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*. Firenze: ed.it.
- Pesce, F., Travaglino, C. (a cura di) (2007). *Sapienza di un pastore analfabeta*. Hansenians' Eritrean-Ethiopian Welfare Organization (HEWO).
- Pfeiffer, J., Nichter, N. (2008). What can critical medical anthropology contribute to global health? A health systems perspective. *Medical Anthropology Quarterly*, 22,

410-415.

- Pizza, G. (2005). *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci.
- Pool, D. (2001). *From Guerrillas to Government. The Eritrean People's Liberation Front*. Oxford: James Currey.
- Presler Marshall, E., Lyytikäinen, M., Jones, N. (2016). *Child marriage in Ethiopia. A review of evidence and an analysis of the prevalence of child marriage in hotspot districts. Report*. UNICEF, Ethiopia.
- Pulcinelli, C. (2017). *AIDS. Breve storia di una malattia che ha cambiato il mondo*. Roma: Carocci.
- Quaranta, I. (2003). AIDS, sofferenza e incorporazione della storia a Nso' (provincia del Nord-Ovest del Camerun). *Antropologia*, 3, 43-74.
- Quaranta, I. (a cura di) (2006a). *Antropologia Medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Quaranta, I. (2006b). *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*. Roma: Meltemi.
- Quaranta, I. (2014). Antropologia medica e salute globale. *AM-Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 38, 127-146.
- Raniso, G. (1996). *Venire al mondo. Pratiche, credenze e rituali del parto*. Roma: Meltemi.
- Raniso, G. (a cura di) (2012). *Culture della nascita. Orizzonti della maternità tra saperi e servizi*. Napoli: Edizioni Libreria Dante & Descartes.
- Raniso, G. (2014). Il percorso nascita: dalle medicine popolari a "Le culture del parto" (1985). *AM-Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 38, 247-265.
- Russo, M.T. (2009). Modelli di sviluppo, modelli di cura: una lettura antropologica dell'AIDS. *Persona y bioética*, 13 (2), 178-192.
- Schirripa, P. (a cura di) (2010). *Health System, Sickness and Social Suffering in Mekelle (Tigray-Ethiopia)*. Berlin: Lit Verlag.
- Schirripa, P. (2015). *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*. Lecce: Argo.
- Schirripa, P. (2016). Pentecostalismo, sfera pubblica e ong. Il caso dell'Etiopia. *Studi e Materiali di Storia delle Religioni*, 82 (1), 131-149.
- Seppilli, T. (2014). Come e perché decidere di 'fare l'antropologo': una personale *case history* nella brasiliana São Paulo degli anni Quaranta. *L'Uomo. Società Tradizione Sviluppo*, 39 (2), 67-84.
- Serbessa, M.K., Mariam, D.H., Kassa, A., Alwan, F., Kloos, H. (2016). HIV/AIDS among pastoralists and refugees in North-East Africa: A neglected problem. *African Journal of AIDS research*, 15 (1), 45-54.

- Sontag, S. (1989). *AIDS and its Metaphors*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Storeng, K.T., Béhague, D.P. (2014). “Playing the Numbers Game”: Evidence-based Advocacy and the Technocratic Narrowing of the Safe Motherhood Initiative. *Medical Anthropology Quarterly*, 28 (2), 260-279.
- Teshome, W., Belayneh, M., Moges, M., Endriyas, M., Mekonnen, E., Ayele, S., Misganaw, T., Shiferaw, M., Chinnakali, P., Hinderaker, S.G., Kumar, A.M.V. (2015). Who takes the medicine? Adherence to antiretroviral therapy in Southern Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1531-1537.
- Tommasoli, M. (2001). *Lo sviluppo partecipativo. Analisi sociale e logiche di pianificazione*. Roma: Carocci.
- Tommasoli, M. (2014). *Nel nome dello sviluppo. Politiche di reinsediamento e conflitti in Africa Orientale*. Roma: Carocci.
- Travaglino, C., Pesce, F. (2000). Esperienza di 25 anni di lavoro in Etiopia e in Eritrea. In *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, (a cura di) Morrone, A., Mazzali, M. Milano: Franco Angeli.
- Vaughan, S. (2011). Revolutionary democratic state-building: party, state and people in the EPRDF's Ethiopia. *Journal of Eastern African Studies*, 5 (4), 619-640.
- Whiteford, L.M., Manderson, L., (a cura di) (2000). *Global Health Policy, Local Realities: The Fallacy of the Level Playing Field*. Boulder, CO: Lynne Reiner Press.
- Wudineh, F., Damtew, B. (2016). Mother-to-Child Transmission of HIV Infection and Its Determinants among Exposed Infants on Care and Follow-Up in Dire Dawa City, Eastern Ethiopia. *Hindawi Publishing Corporation AIDS Research and Treatment*, 2016, 1-6.
- Zanotelli, F., Lenzi Grillini, F. (a cura di) (2012). *Subire la cooperazione? Gli aspetti critici dello sviluppo nell'esperienza di antropologi e cooperanti*. Firenze: ed.it.
- Zito, E. (2010). Differenze al lavoro in contesti transnazionali: dalla critica postcoloniale alla pratica in comunità di sviluppo e di autopromozione. *La camera blu. Rivista di studi di genere*, 6, 8-24.
- Zito, E. (2014). Studi postcoloniali, subalternità ed aiuti umanitari in Africa. Riflessioni antropologiche in un'ottica di genere. *Studi etno-antropologici e sociologici*, 42, 29-38.
- Zito, E. (2015a). Dalla Grande Guerra agli 'Indian Subaltern Studies': provincializzare l'Europa tra mondi possibili, storie minori e subalternità di genere. *La camera blu. Rivista di studi di genere*, 13, 168-197.
- Zito, E. (2015b). Oltre Cartesio. Corpo e cultura nella formazione degli operatori sanitari. *Archivio Antropologico Mediterraneo*, 17 (2), 39-54.
- Zito, E. (2016). *Vivere (con) il diabete. Uno sguardo antropologico su corpo, malattia e processi di cura*. Milano: Ledizioni.