



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia  
applicata**

**Corso di laurea in  
SCIENZE SOCIOLOGICHE**

***Profilassi Pre-Esposizione (PrEP) nell'era della cronicità e del  
self-management del virus HIV: un'analisi socio-antropologica  
tra diritti sessuali e stigma***

Relatore:

Prof. Dany Carnassale

Laureanda:

Sofia De Martino

Matricola: 2032246

A.A. 2023/2024



# Indice

<b>Introduzione .....</b>	<b>8</b>
<b>Capitolo primo   Esplorando l'antropologia medica: dal riconoscimento disciplinare alle prospettive contemporanee .....</b>	<b>11</b>
1. 1 Cenni all'antropologia del corpo.....	12
1.2 Origini e sviluppo dell'antropologia medica come disciplina .....	14
1. 2. 1 Formazione e riconoscimento ufficiale del settore disciplinare..	14
1. 3 Riduzionismo biologico e determinismo culturale.....	15
1. 3. 1 La biomedicina.....	16
1. 3. 2 Decostruire il dualismo cartesiano: il contributo di Lock e Scheper-Hughes.....	17
1. 3. 3 Per non peccare di essenzialismo culturale: 'il campo biomedico' 18	
1. 4 L'identità dell'antropologia medica: una panoramica dei contributi più rilevanti.....	20
1. 4. 1 Il sistema medico come sistema culturale: dai Modelli Esplicativi alle <i>illness narratives</i> .....	20
1. 4. 2 I limiti della "Scuola di Harvard" .....	23
1. 4. 3 In risposta alla "Scuola di Harvard": l'antropologia della <i>sickness</i> e la costruzione clinica della realtà.....	24
1. 4. 4 Oltre il dualismo cartesiano: l' 'incorporazione' .....	25
1. 4. 5 Violenza strutturale e biolegittimità.....	27
1. 5 Il dibattito francese e italiano .....	29
1. 5. 1 Le radici dell'antropologia medica francese: l'etnopsichiatria... 29	
1. 5. 2 L' <i>anthropologie de la maladie</i> .....	31
1. 5. 3 L' antropologia della salute come strumento critico e politico... 32	
1. 5. 4 Lo scenario italiano .....	33

1. 5. 5 L'esperienza corporea di Gramsci e i lavori di De Martino .....	34
1. 5. 6 Dalla tradizione etnopsichiatria alla fondazione della Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM).....	35
1. 6 Conclusione.....	36

**Capitolo secondo | Sessualità: dall'influenza culturale ad una critica strutturale per la prevenzione dell'HIV ..... 37**

2. 1 Antropologia e sessualità.....	37
2. 2 La sessualità nel modello dell'influenza culturale .....	40
2.3 Sessualità e costruzionismo sociale.....	43
2. 4 Il contributo della riflessione femminista.....	44
2.4.1 Riformulare il concetto di 'genere': dalla Seconda Ondata al femminismo intersezionale.....	45
2.4.2 La revisione femminista per la disciplina antropologica.....	47
2.4.3 Il caso italiano .....	48
2.5 L'insorgenza dell'Human Immunodeficiency Virus (HIV) .....	49
2.5.1 HIV e stigma .....	52
2.6 Verso la contemporaneità: riflessioni sulla prevenzione in favore di un paradigma dei diritti sessuali .....	54
2.6.1 Limiti delle strategie comportamentali per la prevenzione dell'HIV .....	55
2.6.2 Salute sessuale: una prospettiva sui diritti umani e analisi della vulnerabilità.....	56
2.7 Conclusione .....	59

**Capitolo terzo | Geografia del potere e distribuzione dell'HIV: una contestualizzazione teorica delle tecnologie biomediche per il trattamento e la prevenzione del virus ..... 61**

3. 1 L'HIV nel contesto globale: tra terapia e sacrificabilità .....	61
3.1.1 Il caso della sacrificabilità dell’Africa .....	63
3. 2 Biomedicalizzazione: dal biopotere alla nuda vita.....	65
3. 2. 1 L’aggregazione come tensione fra sovranità e marginalità: il superamento della ‘nuda vita’ .....	67
3. 3 Il progresso nel trattamento dell'HIV: la geopolitica dell'accesso alle terapie antiretrovirali .....	69
3. 4 Dalla terapia alla prevenzione: la farmacologizzazione dell’HIV .....	70
3. 4. 1 Il ponte tra biomedicalizzazione e diritti sessuali: la Profilassi Pre- Esposizione (PrEP).....	72
3.4 Conclusione .....	73

**Capitolo quarto | La singolarità dell’HIV: la prevenzione in nome del diritto sessuale..... 75**

4. 1 Il <i>Self Management</i> dell’HIV per una classificazione del virus nelle malattie croniche .....	75
4. 1. 1 Il trattamento della cronicità attraverso il Positive Living .....	76
4. 1. 2 Gestione identitaria nella cronicità: l’eccezionalità dell’HIV .....	79
4. 1. 3 La rimedicalizzazione preventiva per una destigmatizzazione? ..	81
4. 2 Stigma nell’accesso alla PrEP: il diritto sessuale per una rielaborazione della condizione di vulnerabilità .....	82
4. 3 Il consenso nelle strategie comportamentali di riduzione del rischio per la prevenzione dell’HIV .....	86
4. 3. 1 Posizionamento strategico .....	86
4. 3. 1 La sicurezza negoziata.....	87
4. 3. 3 Il <i>sierosorting</i> .....	88
4. 4 Conclusione .....	89

<b>Conclusioni .....</b>	<b>92</b>
<b>Riferimenti bibliografici.....</b>	<b>95</b>



## Introduzione

Questa tesi affronta un dibattito che, focalizzandosi sull'analisi del virus dell'Human Immunodeficiency Virus (HIV), proverà ad esplorare, attraverso una lente socio-antropologica, le complesse interazioni tra l'epidemia, la geografia del potere e i diritti sessuali. Con questa finalità l'analisi si concentrerà in particolare sul ruolo della Profilassi Pre-Esposizione (PrEP) in rapporto alla cronicità e all'autogestione dell'HIV, mettendo in luce il delicato equilibrio tra i diritti sessuali e lo stigma legato all'infezione.

Questo lavoro rappresenta un embrionale primo passo su un tema che spero di poter approfondire ulteriormente in futuro. Ho scelto quindi di dedicarmi con l'intento di contribuire, anche solo in parte, al processo di destigmatizzazione delle narrazioni sull'infezione da HIV. Mi rendo conto che questa dichiarazione di intenti possa sembrare troppo ambiziosa. Per questo motivo, riconosco che il mio desiderio è almeno quello di acquisire consapevolezza sulla letteratura disponibile, al fine di rivedere il mio punto di vista anche riguardo alla nicchia di ricerca che se ne occupa. Questo argomento si colloca infatti in una posizione marginale nel dibattito accademico, e ancor di più in quello extra accademico; con questo lavoro, si mira a svelare l'urgenza di creare discussioni più approfondite e consapevoli.

A questo proposito, infatti, la mia tesi si articola attraverso una revisione della letteratura che partendo dal ricostruire il più ampio panorama disciplinare dell'antropologia medica, si orienta sul *case study* della PrEP in quanto, si dimostrerà, che può essere una componente chiave nel promuovere e tutelare i diritti sessuali. Per arrivarvi si è ritenuto opportuno restituire una rassegna sul rapporto della disciplina ai temi del sesso, del genere e della sessualità, in quanto fortemente influenzati dall'avvento del virus dell'HIV. In aggiunta, si argomenterà come l'epidemia di HIV, strettamente correlata a disparità sociali e fratture dell'economia politica, abbia, da un lato, favorito un filone di indagine legato all'analisi critica sulla sofferenza sociale; dall'altro ha anche stimolato discussioni sulle tecnologie biomediche sviluppate ai fini terapeutici e preventivi. Sostenendo quindi come il pervasivo processo di biomedicalizzazione abbia investito la biomedicina di ulteriore rilevanza si approda alla meta finale della tesi; ossia proporre una riflessione su come l'implementazione del concetto di *self-management* all'interno delle pratiche di cura, seguendo un approccio biomedico fortemente biomedicalizzante, abbia influito sugli sviluppi nel campo del trattamento e della prevenzione dell'HIV. In questo contesto,

l'introduzione della PrEP emerge come un elemento fondamentale non solo per la sua efficacia preventiva, ma anche per il suo impatto sulla percezione del rischio di infezione da HIV e sulla riduzione dello stigma correlato al virus.



## **Capitolo primo**

### **Esplorando l'antropologia medica: dal riconoscimento disciplinare alle prospettive contemporanee**

Il capitolo si propone di fornire una panoramica dell'antropologia medica, in preparazione alle riflessioni successive sui temi del sesso, del genere e della sessualità. Tali argomenti costituiranno una cornice disciplinare indispensabile per la trattazione delle discussioni riguardanti il virus dell'HIV (affrontate nei capitoli successivi), tema fondamentale per lo sviluppo della mia tesi.

Partendo quindi degli arbori dell'antropologia medica, e da alcune dinamiche legate al suo riconoscimento ufficiale, farò poi luce su come gli sviluppi interni alla branca abbiano determinato il susseguirsi di ulteriori prospettive teoriche. Con l'intenzione di restituire le tappe più rilevanti, mi soffermerò sulle riflessioni che si sono articolate intorno alla componente biologista e culturalista. Il biologismo attribuisce l'origine e lo sviluppo dei fenomeni psichici, sociali, religiosi, ecc., a fattori biologici, mentre il culturalismo tende a spiegare tali fenomeni principalmente attraverso fattori culturali. Infatti queste due anime sono state protagoniste di tensioni endogene che hanno decisamente plasmato la disciplina. Per comprenderle pienamente, è essenziale esaminare la costruzione della biomedicina, la quale ha seguito una tradizione che risale a Cartesio, con la sua distinzione netta tra mente e corpo. Questa separazione filosofica ha creato una dicotomia che ha influenzato profondamente il modo in cui si è storicamente guardato al corpo e ai suoi stati. Da un lato, la biomedicina ha sviluppato una visione dualistica del corpo e della mente, come sottolineato da Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes (1987), il che ha avuto un impatto significativo sull'interpretazione, sull'analisi e sul trattamento della salute e della malattia. Dall'altro, l'antropologia medica ha affrontato la sfida di trovare un equilibrio nel rapporto con la biomedicina. Infatti, quest'ultima è stata per lungo tempo esente da un'analisi antropologica. Solo quando l'antropologia ha rivisto la propria posizione alla luce della decolonizzazione e della globalizzazione, e ha intrapreso una riflessione auto-critica, ha iniziato a mettere in discussione il sapere scientifico, specialmente quello associato alla medicina occidentale. Tuttavia, seppur con l'obiettivo di svelare la natura culturalmente e storicamente costruita della medicina occidentale, sono poi subentrate delle argomentazioni

che rasentavano il determinismo culturale<sup>1</sup>. Pertanto, in reazione a questa tendenza, si introdurrà il concetto di ‘campo biomedico’, che ha in seguito consentito di riappropriarsi della dimensione interattiva e del ruolo fondamentale delle dinamiche di potere che lo pervadono e lo attraversano.

Nella seconda parte di questo capitolo, passo in rassegna i principali contributi del pensiero anglo-americano all’antropologia medica: dalla “Scuola di Harvard” ai suoi limiti (che hanno coinvolto le osservazioni di Young e Taussig), fino all’approdo al paradigma dell’‘incorporazione’ (reso celebre da studiosi come Csordas). Quest’ultimo rappresenta una svolta fondamentale nella discussione contemporanea ed ha aperto la strada alle riflessioni di Farmer e Fassin, consentendo di esaminare le implicazioni e le interconnessioni tra fenomeni socio-sanitari e dinamiche storico-politiche ed economiche. In seguito, esploro le riflessioni emerse nel contesto francofono e italiano, ritenute significative per una più completa comprensione dell’antropologia medica. Tale analisi arricchirà la panoramica disciplinare ricostruita, offrendo una visione più articolata del suo ambito di studio.

## **1. 1 Cenni all’antropologia del corpo**

Prima di esplorare i dettagli del dibattito sull’antropologia medica, è opportuno richiamare la tradizione degli studi antropologici sulla corporeità, poiché forniscono un contesto essenziale per le riflessioni che caratterizzano questa disciplina.

Marcell Mauss è stato un precursore dell’analisi antropologica del corpo. Le sue considerazioni hanno contribuito a concepire il corpo come un oggetto socialmente e culturalmente plasmato e pertanto sono di fondamentale menzione per una discussione legata all’antropologia medica. Secondo Mauss (1965), il corpo è il risultato di un processo di apprendimento di una serie di ‘tecniche’. Questo processo inizia alla nascita e differisce da una società all’altra. L’attribuzione di una valenza di naturalità a movimenti e gesti è in realtà il prodotto del processo di socializzazione a modalità di utilizzo del proprio corpo. Di

---

<sup>1</sup> Il determinismo culturale si colloca all’interno di quel flusso di produzione teorica che, in reazione al determinismo biologico, vuole decretare l’autonomia del piano culturale. Associato a Franz Boas, il determinismo culturale rifiuta spiegazioni del comportamento umano di matrice naturalistica e biologista nella convinzione che sia la cultura in cui si cresce a determinare le persone (Dei, 2012; Dutton, 2018), peccando pertanto di uno spostamento del ragionamento determinista dal piano della natura a quello della cultura.

conseguenza, a partire da Mauss, il corpo diviene indagato in quanto oggetto socio-culturale naturalizzato (Mauss, 1965; Pizza, 2005).

Inoltre, ritengo funzionale in vista della traiettoria che la tesi seguirà nel prossimo capitolo, menzionare il contributo di Margaret Mead. L'antropologa rappresenta un caso antesignano di indagine che, a partire dalle premesse sopra esposte, estende la riflessione sul corpo come oggetto socio-culturale alla dimensione di genere. Mead argomenta nello specifico che le differenze dei corpi maschili e femminili sono socialmente costruite: il suo contributo è particolarmente rilevante in quanto verrà ripreso e rielaborato dall'influenza femminista nella disciplina (Busoni, 2000; Bellucci, 2009).

Mary Douglas (1975) fornisce una successiva elaborazione che, prendendo le mosse dalla riflessione di Mauss, ne approfondisce la visione del corpo, in particolare intendendolo come riflesso della società e prestando attenzione alla dimensione simbolica. Nella prospettiva di Douglas, il corpo risulta dal rapporto tra struttura delle relazioni sociali e sistemi categoriali. In questo senso si collocano le logiche sulla purezza che agiscono in termini di controllo sul corpo e, di conseguenza, sociale (Douglas, 1975). Più nello specifico Douglas (1975) elabora anche una distinzione in due corpi in una relazione proporzionalmente diretta: infatti, le esperienze del corpo fisico sono determinate dalla dimensione socioculturale che ne determina gli usi e le percezioni.

I due corpi di Mary Douglas verranno rielaborati ed espansi da Scheper-Hughes e Lock (1987) che vi sostituiscono una teoria basata sulla compresenza di tre dimensioni del corpo: individuale, sociale e politica. Partendo dal presupposto di Mauss (1985; citato in Scheper-Hughes e Lock, 1987) per cui ciascuna persona posseda intuitivamente una propriocezione, un senso di sé legato all'abitarsi in un corpo che esiste individualmente rispetto ad altri corpi individuali, si può dire che il corpo individuale alluda all'esperienza soggettiva di sé. In seguito, il corpo sociale, con richiami agli usi rappresentazionali del corpo di Douglas, coinvolge le simbologie che plasmano culturalmente l'esperienza soggettiva. Infine, il corpo politico comprende il ruolo del controllo e della costrizione esercitati dall'ordine sociale nel legittimare o meno specifici saperi ed esperienze (Scheper-Hughes e Lock, 1987). È a partire da questo scenario che si collocherà il concetto di '*mindful body*'. Nasce infatti dalla sintesi dei tre corpi in cui una prospettiva fenomenologica, attenta alla soggettività e all'esperienza si coniuga a quella simbolica che si rifà alla natura storico-culturale della corporeità stessa. La relazione tra esperienza (prospettiva fenomenologica - corpo individuale) e rappresentazioni socioculturali (prospettiva simbolica - corpo sociale) si traduce nell'incorporazione con l'influenza della dimensione economico-politica (corpo politico)

che costringe all'azione di più ampie forze macro-sociali.

In linea con queste premesse Csordas (1990) introdurrà il concetto di 'incorporazione' che verrà trattato in questo capitolo nei paragrafi a seguire.

## **1.2 Origini e sviluppo dell'antropologia medica come disciplina**

Alla fine della Seconda Guerra Mondiale finanziamenti e forme di sostegno alla disciplina antropologica incentivarono un'espansione accademica verso l'ambito della sanità internazionale e pubblica. Questo stimolo esterno palesa come l'iniziale produzione fosse regolata da una logica eterodiretta e non da sviluppi interni al settore disciplinare. Per questo motivo, le riflessioni sulla formazione di una specifica branca accademica (l'antropologia medica), in un primo momento, erano fortemente associate ad indagini di tipo "tecnico" (Scotch, 1963; citato in Sobo, 2011). Analogamente anche Good (1994; citato in Sobo, 2011), descrivendo l'antropologia medica degli anni Sessanta, la descrive come una disciplina pratica, dedicata in termini applicativi al miglioramento della sanità pubblica delle società nei Paesi economicamente oppressi.

Questa dinamica iniziale ci consente di comprendere come le tappe del riconoscimento ufficiale della specializzazione fossero in un primo momento legate all'antropologia applicata.

### **1. 2. 1 Formazione e riconoscimento ufficiale del settore disciplinare**

La formalizzazione dell'antropologia medica come branca disciplinare è da ricostruire con particolare enfasi alle fasi di organizzazione e riconoscimento da parte di associazioni professionali come la *Society for Applied Anthropology* (SfAA) e l'*American Anthropological Association* (AAA).

Nel 1968 a Berkeley, la SfAA invita il *Group for Medical Anthropology* (GMA) ad affiliarsi, fornendo così un'iniziale struttura di sostegno per la nascente divisione. L'embrionale comunità dell'antropologia medica individuò in tale opportunità una soluzione al mantenimento della coesione interna: nonostante ciò, l'adesione alla SfAA fu causa di qualche attrito per via delle opinioni restie all'assimilazione con l'antropologia applicata (Good, 1994; citato in Sobo, 2011). Nel frattempo, il GMA divenne *Society for Medical Anthropology* (SMA) e nel 1972 ottenne lo *status* di affiliato ufficiale come sottogruppo

dell'*American Anthropological Association* (AAA): ciò comportò un aumento del grado di formalità all'interno dell'antropologia accademica (Sobo, 2011). Tuttavia, è bene specificare che, al tempo, l'AAA non contemplava una suddivisione in sezioni o in branche disciplinari. Questa peculiarità ci consente di comprendere il contesto in cui si colloca uno dei primi contrasti dell'antropologia medica: l'attrito tra generalismo e specialismo. Infatti si reputava che la ricerca dovesse contribuire alla disciplina antropologica nel suo complesso. Di conseguenza, l'esigenza di un gruppo specifico era vista come un segnale di incapacità nel produrre una base teorica adeguata per partecipare alla disciplina nella sua totalità (Sobo, 2011). Chiarito questo punto, si può comprendere che, se da un lato chi sosteneva il generalismo era contrario alla possibilità di definire chiaramente la branca, dall'altro chi si avvicinava allo specialismo produceva articoli e riflessioni con l'intenzione di esplicitare cosa fosse l'antropologia medica.

Nel 1975, sul *Medical Anthropology Newsletter* (MAN) la stessa SMA ha infatti cercato di precisarne i confini attraverso la pubblicazione "*What is Medical Anthropology?*". Tuttavia, questo scenario ci permette di introdurre ulteriori tensioni interne, questa volta legate alle influenze sul versante culturalista e biologista. Infatti, il testo redatto da Khwaja A. Hasan (1975) costituisce una sostanziale accusa alla sezione emergente per aver trascurato dal suo discorso una certa attenzione al versante biologico, organico e materiale del corpo. Eppure, nel 1981, la SMA pubblica una revisione di tale scritto dedicando in questa occasione meno attenzione all'ambito biologico, evidenziando invece come l'antropologia medica prenda le mosse dall'antropologia culturale. Nonostante, infatti, il contributo iniziale dell'antropologia biologica, l'affermazione ufficiale dell'antropologia medica è stata favorita principalmente da esponenti provenienti da una formazione in antropologia culturale (Sobo, 2011). Ciò ha portato ad una serie di confronti con risvolti significativi che hanno avuto implicazioni anche nelle successive prospettive teoriche sfociate dalla branca. Infatti, una delle direttive teoriche più influenti è originata dalla presa di distanze dalla prospettiva riduzionista ed essenzialista della biologia, della medicina e della genetica.

### **1.3 Riduzionismo biologico e determinismo culturale**

Per meglio ricostruire questo processo, occorre partire da quanto accaduto alla fine degli anni Sessanta: si diffonde nell'antropologia l'urgenza di ricontestualizzarsi alla luce dei processi di decolonizzazione e globalizzazione. Tali fenomeni hanno stimolato una

rielaborazione critica del sapere scientifico, in particolare quello legato alla medicina “occidentale” e al “sapere scientifico” in generale, svelando come spesso implicazioni culturali e sociali fossero ampiamente trascurate. Nello specifico, il materialismo storico di eredità marxista aveva cominciato a influenzare le riflessioni antropologiche (Dei, 2012), stimolando una serie di prese di coscienza che, combinandosi al crescente processo di decolonizzazione, produsse esiti notevoli.

Già dagli anni Cinquanta, il fenomeno della decolonizzazione gettò le basi per una rilettura in chiave postcoloniale di alcuni assunti che avevano caratterizzato la disciplina fino a quel momento (Dei, 2012). Si sancì, infatti, la scomparsa dell’“oggetto etnografico”, quanto meno per come era stato legittimato in passato, ovvero in linea con logiche etnocentriche. Queste ultime, partendo dal presupposto ideologico che la cultura europea fosse superiore, si configuravano attraverso la valutazione in termini di differenziazione e classificazione di contesti culturali ritenuti “altri” (Pompeo, 2018). In questo senso, si fa strada una visione critica dell’atteggiamento etnocentrico che, sebbene comporti sempre l’assunzione della propria cultura come riferimento primario, implica però anche una fase di realizzazione della storicità del proprio sistema di riferimento con conseguente possibilità di riformarlo (De Martino, 1977; citato in Pompeo, 2018).

Negli anni Novanta, con una riflessione ancor più matura sulla globalizzazione, si riducono ulteriormente gli approcci di ricerca basati sulla polarità tra una presunta stabilità occidentale e una supposta discontinuità extra-occidentale, al fine di condurre analisi sulle reciproche interdipendenze ed interconnessioni (Pompeo, 2018). Ciò si deve, senz’altro, anche ad una riflessione interna alla disciplina, che ha progressivamente aperto a rivisitazione metodologiche, incluse quelle della così detta ‘etnografia multi-situata’ (Marcus, 1995). Inoltre, si intensifica un’inversione paradigmatica a favore di campi di ricerca endotici che riflettano sul contesto stesso da cui proviene l’antropologia: l’occidente (Pizza, 2005; Seppilli, 2006). Pertanto, in linea con queste dinamiche, l’antropologia medica registra riflessioni teoriche che constatano come l’indagine epistemologica rivolta alla medicina occidentale sia stata generalmente sospesa (Young, 1982; citato in Scheper-Hughes e Lock, 1987).

### **1. 3. 1 La biomedicina**

La biomedicina è stata esentata da un’analisi antropologica per molto tempo per via della posizione privilegiata che ha occupato. In questo senso si individua subito il rischio derivante

dall'adozione acritica di *standard* biomedici e dalla loro legittimazione. L'egemonia della medicina occidentale moderna, che si fonda sul progresso scientifico nel campo della biologia, tende a minimizzare o ignorare l'influenza dei fattori socio-culturali, promuovendo così una "naturalizzazione" dell'approccio medico occidentale come unica prospettiva valida (Pizza, 2005). Si denomina tale forma di medicina come biomedicina e le sue logiche di funzionamento sono sovrapponibili a quelle di un sistema ideologico. Infatti, essa può essere compresa come un insieme di pratiche e di conoscenze basate su una specifica visione del mondo, con una sua cosmologia, ontologia ed epistemologia: tutti aspetti che tuttavia sono storicamente determinati (Gordon, 1988; citata da Pizza, 2005).

L'occidentalismo' (Gordon, 1988; citata da Pizza, 2005) della biomedicina opera attraverso assunti riduzionisti che considerano il corpo umano esclusivamente dal punto di vista biologico, silenziando così sia il carattere storico delle scienze biomediche che le relazioni sociali che attraversano e condizionano i corpi. Concetti come quelli di 'scientificità', 'verità' e 'razionalità' sono utilizzati come strumenti retorici di legittimazione che contribuiscono a costruire un'identità ideologica occidentale che ha come fondamento la tradizione filosofica legata all'assunto cartesiano della separazione del corpo dalla mente. Questo sfondo epistemologico del dualismo cartesiano - che separa la mente dal corpo e, per corollario, lo spirito dalla materia, ciò che è reale da ciò che è irreale - è infatti esso stesso una produzione culturale e storica di cui viene occultato il processo di costruzione del sapere medico (Pizza, 2005).

### **1. 3. 2 Decostruire il dualismo cartesiano: il contributo di Lock e Scheper-Hughes**

La prospettiva critico-interpretativa in antropologia medica si inserisce proprio in queste premesse. Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes (1987), nel primo numero del *Medical Anthropology Quarterly*, riconoscono come l'eredità epistemologica cartesiana abbia legittimato una visione dualistica corpo-mente. Quest'ultima si è propagata anche nella biomedicina e ne è conseguita una concezione meccanicistica e biologizzante del corpo e delle sue funzioni. Infatti, se tendiamo a pensare riduzionisticamente alla mente e al corpo, è perché utilizzare una metafisica radicalmente diversa implicherebbe la decostruzione del nostro stesso mondo assuntivo e delle sue definizioni culturalmente vincolate della realtà (Scheper-Hughes e Lock, 1987). Ammettere la natura solo paradigmatica ed ipotetica della nostra etnoepistemologia ci espone, in assenza di fondamenta sicure e oggettive per la conoscenza, al caos del relativismo assoluto e della soggettività (Geertz, 1973; citato in

Scheper-Hughes e Lock, 1987).

L'antropologia medica, in seguito all'influenza di tali prospettive critico-interpretative, concentra la sua analisi sul modo in cui viene costruita, negoziata e rinegoziata culturalmente tutta la conoscenza relativa al corpo, alla salute e alla malattia, in un processo dinamico che avviene nel tempo e nello spazio (Scheper-Hughes e Lock, 1987). Un obiettivo, quindi, è quello di provare a rivelare la natura storicamente e culturalmente costruita della medicina occidentale, come emerge dal concetto di 'campo medico' ricostruito nel prossimo paragrafo.

### **1. 3. 3 Per non peccare di essenzialismo culturale: 'il campo biomedico'**

In base a quanto detto, la biomedicina può di fatto configurarsi come un'istituzione sociale che opera attraverso una costante attività culturale, ossia stabilendo norme e definendo confini (Pizza, 2005). L'appartenenza all'istituzione viene assimilata nel corpo stesso degli individui, naturalizzata attraverso l'internalizzazione della norma. Così facendo, l'istituzione genera modi di comportamento, di azione, di percezione e di pensiero (Pizza, 2005). Tuttavia, per quanto in questo modo ci si allontani dal riduzionismo biologico, è bene però non cadere nella trappola dell'essenzialismo. Infatti, ricondurre la molteplicità e multidimensionalità delle azioni ad un codice culturale univoco potrebbe portare a sostituire il naturalismo con una forma di culturalismo (Pizza, 2005). Emerge così pertanto l'esigenza di rielaborare il concetto di medicina occidentale intesa come sistema culturale in favore di un'analisi delle pratiche culturali della biomedicina e del 'campo biomedico'.

Quest'ultimo, infatti, ben si presta a concepire come – all'interno di un contesto istituzionale e ideologico, come quello biomedico – si possano osservare eterogeneità, contraddittorietà e conflittualità nelle credenze, pratiche e azioni degli agenti che vi gravitano (Pizza, 2005). Per comprendere cosa si intenda per 'campo biomedico' può essere utile richiamare la definizione di Bourdieu di 'campo' che viene inteso come uno «spazio sociale entro il quale agiscono specifiche istituzioni [...] regolato da rapporti di forza entro i quali operano gli agenti che abitano quel campo» (Bourdieu, 2000b; citato da Pizza, 2005, p. 145). Alla luce di ciò, il 'campo biomedico' è costituito da diversi agenti che possiedono differenti conoscenze e posizioni, i quali interagiscono per ridefinire le dinamiche di potere (Bourdieu, 2000b; citato da Pizza, 2005). È quindi attraverso la *agency* che gli esseri umani mettono in relazione i loro capitali: non sono pertanto meri portatori di cultura ma – al contrario – con la loro capacità di azione, contribuiscono attivamente alla produzione della cultura stessa.

Collocandosi conformemente alle norme istituzionali dominanti, gli agenti ne facilitano la riproduzione; talvolta però si mettono in posizioni critiche che sfidano tali modelli in vigore. Gli agenti del 'campo biomedico' sono quindi coinvolti in una complessa dialettica egemonica, caratterizzata da conflitti e negoziazioni per il controllo delle pratiche e delle rappresentazioni nel contesto della salute e della malattia (Pizza, 2005).

La biomedicina quindi, per quanto occupi una posizione egemonica e dominante in uno scenario globale, tuttavia è teatro di pratiche differenziate, plurali che si basano sull'azione degli esseri umani e sulla trasmissione di determinati saperi e procedure. Analizzare tali pratiche mediche comporta anche il riconoscere i riferimenti culturali legati alla località, ovvero ai contesti nei quali tali pratiche prendono forma. Questo però non implica necessariamente un determinismo culturale che limita e prefigura le pratiche mediche; piuttosto suggerisce di osservare come le pratiche specifiche costruiscano l'idea stessa di località (Pizza, 2005). Infatti, nei contesti locali si articolano differenziazioni rilevanti che risignificano il rapporto tra biomedicina e località. Pertanto, un limite riscontrabile negli approcci culturalisti è la considerazione del contesto locale come un'essenza immanente, ciò infatti produce una oggettivazione delle differenze culturali. Di conseguenza è importante comprendere che sia la località (e, in senso anche più ampio, il contesto) che la cultura sono il risultato di processi di costruzione e soggette a mutamenti storici, assetti gerarchici e determinanti socio-economiche (Pizza, 2005).

A questo punto possiamo delineare che il compito principale di un'antropologia medica critico-interpretativa è, in ultima istanza, esaminare la varietà delle concezioni riguardanti il corpo insieme alle relative narrazioni, per successivamente ricercare i modi in cui queste concezioni vengono applicate nelle pratiche sociali, politiche e individuali (Scheper-Hughes e Lock, 1987). I due valori fondamentali che possono orientare la ricerca in questo senso sono l'eticità e la comprensione. La prima implica una «posizione oppositiva, sospettosa verso i poteri sovrani, le verità universali, l'eccessiva relativizzazione [...]»; la comprensione invece mira a evitare le proprie propensioni imperiali e a «essere estremamente attenta (e rispettosa) nei confronti della differenza» pur evitando il rischio di essenzializzarla (Rabinow, 1986; citato da Scheper-Hughes e Lock, 1990, p. 152). La conoscenza medica non è infine da considerarsi come un'entità, ma piuttosto è da radicare nelle pratiche che la influenzano costantemente, così come nei cambiamenti sociali e politici (Pizza, 2005).

## **1. 4 L'identità dell'antropologia medica: una panoramica dei contributi più rilevanti**

Mi preme ora predisporre una panoramica dei contributi più significativi del dibattito anglo-americano di chi ha creato le condizioni per l'affermazione di una prospettiva critico-interpretativa, in modo da fornire un percorso che, attraverso i contributi più rilevanti, restituisca parte del processo teorico della disciplina.

In particolare, partirò delineando le considerazioni della “Scuola di Harvard” che considera i sistemi medici come fenomeni culturali, introducendo concetti come i Modelli Esplicativi (ME) per interpretare la malattia. In seguito, siccome questo approccio tende a confermare il predominio della biomedicina - trascurando le dinamiche di potere e le dimensioni politiche della medicina - mi soffermerò sulle revisioni critiche di Young e Taussig. Infine, accennerò al concetto di ‘incorporazione’ (reso celebre dall'antropologo Csordas) in rapporto a Lock e Schepher-Hughes, in quanto sarà funzionale a contestualizzare le riflessioni di Farmer e Fassin sui processi di incorporazione delle politiche sociali ed economiche.

### **1. 4. 1 Il sistema medico come sistema culturale: dai Modelli Esplicativi alle *illness narratives***

Un primo contributo è rappresentato dagli studi della così detta “Scuola di Harvard” e da esponenti quali Arthur Kleinman, Leon Eisenberg e Byron J. Good.

Kleinman, in particolare, propone un modello teorico per la comparazione dei sistemi medici che vengono intesi al pari di altri sistemi culturali al fine di comprendere i rapporti tra la salute, la malattia e la guarigione nel loro contesto sociale di riferimento. Questo approccio, quindi, considera la medicina come un sistema culturale, in modo poi da favorire il confronto dei vari contesti medici in termini transculturali. Ne consegue che, concezioni e pratiche mediche non esistano isolatamente, ma derivino da specifiche relazioni sociali e dai contesti istituzionali in cui si collocano. I significati che, infatti, vengono associati a salute, malattia o guarigione sono plasmati dalle interazioni sociali e dalle strutture culturali in cui il sistema medico stesso si sviluppa. Pertanto, secondo l'analisi di Kleinman, i sistemi medici possono essere considerati alla stregua di sistemi di parentela o di sistemi religiosi in quanto costituiti anche essi da valori, significati e norme (Kleinman, 1978).

Scendendo nel dettaglio, la struttura del sistema medico kleimaniano è costituita da tre arene sociali: quella familiare, quella professionale e quella popolare. L'arena familiare gestisce la maggior parte delle malattie e prende decisioni sull'intervento medico. Diversamente, quella professionale comprende la medicina scientifica occidentale e le tradizioni indigene di cura. Infine, quella popolare coinvolge un personale specialistico che utilizza conoscenze radicate nella cultura e nella spiritualità della comunità (Kleinman, 1978). All'interno di queste arene hanno luogo diverse concezioni di realtà clinica, le quali sono contraddistinte da un alto grado di differenziazione. Le realtà cliniche, infatti, non solo variano tra sistemi medici e società, bensì anche all'interno delle diverse arene e persino in base a chi agisce. In questo senso si può intuire come da ciò derivino dei conflitti dovuti alle diverse rappresentazioni della realtà clinica, con dei risvolti sui rapporti di cura.

Questa specifica è fondamentale in quanto mi consente anche di introdurre il concetto di Modelli Esplicativi (ME). Kleinman, teorizzandoli, li intende come dei sistemi di spiegazione della malattia, dei modelli mentali attraverso i quali le persone comprendono e attribuiscono significato alla malattia (Young, 1982). Questi sistemi di spiegazione si collocano all'interno delle arene sociali sopraccitate e entrano in relazione in base all'azione delle persone che vi gravitano nelle arene. Pertanto, si può incorrere in delle transizioni dei ME: si tratta di oscillazioni tra i diversi modi con cui le varie soggettività agenti nelle arene del sistema medico interpretano la malattia (Kleinman, 1978). Ciò ben prefigura come avvengano quindi i conflitti tra i ME: per lo stesso episodio di malattia, infatti, diversi ME costruiscono realtà cliniche diverse che – a loro volta – si riflettono in aspettative contrastanti, dando vita a scarti di comunicazione tra le persone.

Con particolare attenzione ai processi comunicativi si colloca il contributo di Good (1977), che si sofferma sul rapporto tra linguaggio e medicina. Infatti, il linguaggio utilizzato nelle arene professionali non è costituito semplicemente da una serie di parole, ma è un sistema di simboli con significati specifici e condivisi all'interno della comunità di riferimento. In questo senso, la semantica medica si occupa di analizzare come questi significati vengano costruiti, negoziati e utilizzati nella pratica clinica e nella ricerca medica. Good (1977) ritiene che il linguaggio influenzi la percezione e la comprensione della salute e della malattia da parte delle persone in cura e del personale sanitario, nonché il modo in cui contribuisca alla costruzione della conoscenza medica e alla formulazione di diagnosi.

Alla luce di ciò, Leon Eisenberg (1977; citato in Scheper-Hughes e Lock, 1987) avanza la fondamentale proposta di distinzione tra *disease* ed *illness*. La prima è generalmente

associata ai Modelli Esplicativi dell'arena professionale: il concetto di *disease* si riferisce alle anomalie nella struttura o nella funzione degli organi, concernente stati patologici culturalmente riconosciuti come tali (Kleinman, 1978). Diversamente, l'*illness* è associata ai Modelli Esplicativi dell'arena familiare e popolare; l'*illness* riguarda le percezioni e le esperienze personali legate a condizioni socialmente problematiche, queste possono includere la patologia, ma non si limitano ad essa. L'*illness* si focalizza sull'esperienza soggettiva di malattia (Young, 1982). A partire da ciò, la proposta di Kleinman diviene quindi quella di elevare la *illness* ad oggetto di analisi per indagare le concezioni dell'esperienza di sofferenza delle persone in cura. Il ruolo dell'antropologia medica, secondo la "Scuola di Harvard", è quello di mediare e chiarire i Modelli Esplicativi che emergono durante l'incontro terapeutico, facilitando un processo di negoziazione per l'azione terapeutica (Quaranta, 2006a).

L'antropologia della *illness* mira ad aumentare l'efficacia terapeutica, arricchendo la biomedicina con una «scienza sociale clinica» (Taussig, 1980, p. 101) capace di tradurre i risultati dell'analisi antropologica in applicazioni pratiche. La malattia viene quindi intesa come realtà simbolica in cui la prospettiva del/la paziente è fondamentale per il processo di guarigione nell'azione clinica. Mentre la biomedicina si concentra sulla cura dei sintomi senza preoccuparsi della rielaborazione dell'esperienza, l'antropologia della *illness* mira a dare un senso all'esperienza di sofferenza, che è un aspetto cruciale del processo di guarigione (Quaranta, 2006a).

In particolare, Good (1977, p. 33) sottolinea che è necessario sviluppare «una teoria del linguaggio medico che non reifichi la concezione della malattia e che non riduca la semantica medica alla mera funzione ostensiva o nominale del linguaggio». In questo senso, il significato di una categoria di malattia non può essere ridotto semplicemente a un insieme di sintomi distintivi. Piuttosto, sarà meglio riferirsi ad una sindrome di esperienze particolari, una complessa interconnessione di parole, situazioni e sensazioni che solitamente si correlano tra loro. Questa concezione orienta la nostra attenzione verso l'utilizzo della malattia come mezzo linguistico, sia per negoziare la cura che per associare specifici modelli di disagio sociale all'esperienza personale del/la paziente (Good, 1977). Inoltre, Good enfatizza il ruolo attivo del corpo nell'esperienza stessa e designa l'adozione di un approccio narrativo per lo studio della sofferenza. Infatti, le narrazioni di *illness* (*illness narratives*) sono strumenti cruciali per comprendere sia il processo di disintegrazione del mondo personale del soggetto in sofferenza, sia il tentativo di ricostruirlo. Analogo è il concetto della 'crisi di presenza' (De Martino, 1948), che si manifesta come un senso di smarrimento

dovuto a eventi inaspettati, con conseguente perdita dell'oggettivazione della realtà che il corpo era stato in grado di incorporare (De Martino 1948; Pizza, 2005). Le narrazioni, infatti, sono da considerarsi non solo come descrizioni dell'esperienza, ma bensì come dispositivi che cercano anche di costruirne il significato (Quaranta, 2006a).

#### **1. 4. 2 I limiti della “Scuola di Harvard”**

La “Scuola di Harvard”, quindi, introduce questa metodologia di studio sulle forme narrative dell'*illness* per porre al centro dell'attenzione analitica la dimensione individuale dell'esperienza del malessere. In questo modo, alle rappresentazioni biomediche dominanti vengono associate altre forme di rappresentazione elaborate dal soggetto nella propria esperienza biografica (Pizza, 2005). Tuttavia, l'approccio della “Scuola di Harvard” cade vittima della stessa logica che tentava di superare, poiché implicitamente riconosce l'efficacia esclusiva della biomedicina nel curare il corpo. Pertanto non riesce a rompere con le premesse epistemologiche cartesiane della biomedicina e, in più, trascura l'importanza dei rapporti di potere che vigono nelle dinamiche sociali, economiche e politiche, registrando un'inadeguatezza nel captare le dimensioni ideologiche dei saperi e delle pratiche mediche (Quaranta, 2006a).

A questo proposito Young (1982) osserva che l'associazione del ME agli individui singoli – anziché alle culture – implica l'occultamento della dimensione del potere nelle relazioni interpersonali. Il concetto di potere viene frammentato e desocializzato al fine di silenziarne e sottostimarne la sua esistenza nei rapporti tra gruppi e classi sociali. Il problema risiede nel fatto che i Modelli Esplicativi (ME) quindi trascurano l'origine e la presenza del potere che si manifesta principalmente nelle relazioni interpersonali (Young, 1982). In aggiunta, se da un lato il paradigma fondato su *disease-illness* ha contribuito a sviluppare un linguaggio e un discorso per il personale medico, esso ha tuttavia prodotto una conseguenza inattesa. Infatti, il personale medico si è appropriato di entrambe le dimensioni di malattia, inserendole nel suo dominio (Scheper-Hughes e Locke, 1987), senza risolverne le ambivalenze, le turbolenze, le contraddizioni. Ciò ha portato alla ulteriore medicalizzazione delle condizioni di sofferenza umana, anziché alla loro politicizzazione e collettivizzazione (Scheper-Hughes e Locke, 1987). Perciò tale schema *disease-illness*, che veniva proposto in alternativa al dualismo cartesiano per restituire la soggettività del paziente, divenne in seguito oggetto di un'ulteriore rilettura.

### 1. 4. 3 In risposta alla “Scuola di Harvard”: l’antropologia della *sickness* e la costruzione clinica della realtà

Si inizia a rilevare che l'elaborazione personale della sofferenza individuale debba essere collocata in un contesto sociale più ampio che tenga conto dell'impatto dei rapporti sociali sulla produzione del sapere e delle pratiche mediche (Quaranta, 2006a). Questa considerazione vale anche per la categoria biomedica stessa di malattia (Pizza, 2005): in linea con questa premessa, Frankenberg e Young (1982) propongono una revisione.

Partendo dalla considerazione che l'opposizione *disease-illness* occultati i modi in cui le relazioni sociali e i rapporti di potere si iscrivano nei corpi, i due autori osservano come da ciò dipendano le forme stesse della malattia e le determinate strategie di narrazione (Pizza, 2005). Occorre quindi riformulare la dimensione di *sickness*. Quest'ultima non viene più considerata alla stregua di un termine generico, ma viene descritta come «il processo attraverso il quale i segni comportamentali e biologici preoccupanti, originati dalla patologia, vengono investiti di significati socialmente riconoscibili: essi vengono cioè convertiti in sintomi e risultati socialmente significativi» (Young 1982, p. 124). In breve, la *sickness* è il processo di socializzazione della patologia (*disease*) e dell'esperienza di malattia (*illness*); questa definizione sottolinea l'importanza del contesto sociale nella costruzione della malattia (Young, 1982).

Un'altra rielaborazione critica all'approccio della “Scuola di Harvard” viene avanzata da Micheal Taussig. Questi si allontana dall'assunto kleimaniano di costruzione culturale della realtà clinica per aprire ad una costruzione clinica della realtà. Il punto di riferimento si sposta quindi sul cercare di comprendere l'influenza del sapere e delle pratiche biomediche sulla realtà sociale. Infatti Taussig (1980), partendo da premesse marxiste legate al materialismo storico, associa i sintomi delle patologie e le tecniche di guarigione a manifestazioni di relazioni di tipo sociale, in particolare rette dai rapporti di produzione. La logica che sviluppa si articola sulla «reificazione o *oggettivazione* del mondo, delle persone e dell'esperienza» (Taussig, 1980, p. 76 corsivo originale). Nel contesto clinico moderno, infatti, la pratica medica tende a rifiutare le relazioni umane incorporate nei sintomi e nella terapia, occultando un'ideologia politica sotto l'apparenza di una scienza delle biologiche e fisiche (Taussig, 1980). Quindi, la realtà clinica, agendo attraverso un processo di reificazione delle relazioni umane e delle esperienze, contribuisce alla costruzione della realtà sociale in modo funzionale alla conservazione di un particolare assetto politico. Se la relazione terapeutica serve a riabilitare le persone in cura in un ordine condiviso di

significati, la biomedicina svolge tale compito silenziando le dimensioni sociali, economiche e politiche incorporate nella malattia (Quaranta, 2006a). Come sostiene, difatti, Quaranta:

«L'oggettivazione del modello scientifico diviene così vero e proprio mezzo di controllo sociale, nella misura in cui naturalizza e depolitizza la malattia come mero fatto di natura che semplicemente capita e contro cui nulla si può, se non fare ricorso alla biomedicina.» (Quaranta, 2006a, p. XIV).

Questo fenomeno di reificazione è dimostrato da Taussig (1980) dall'uso del modello Soggettività, Oggettività, Analisi, Piano (SOAP), una modalità che il personale sanitario e medico utilizza per annotare nelle cartelle cliniche delle persone in cura le diverse esigenze. Questa formulazione, tuttavia, riflette l'alienazione del soggetto e la reificazione dei suoi processi vitali. Si rivela quindi come il processo di guarigione sia mistificato attraverso l'elisione dell'intersoggettività come potenziale fonte di cura. Inoltre, nel rapporto tra persona in cura e personale medico, il potere di guarigione viene sostituito dal potere di controllo (Taussig, 1980).

In ogni caso, sia la prospettiva della “Scuola di Harvard” che le successive riletture di Young e Frankeberg continuano tuttavia ad isolare il corpo nella sua definizione biomedica di entità biofisica. Pertanto, è con la problematizzazione della corporeità che si raggiunge lo stadio critico che emancipa l'antropologia dai presupposti biomedici per iniziare a considerare un campo oltre il riduzionismo cartesiano (Quaranta, 2006a). Ed è in questo scenario che possiamo collocare il contributo delle già citate Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes.

#### **1. 4. 4 Oltre il dualismo cartesiano: l'‘incorporazione’**

Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes (1987) riflettono su come l'antropologia, nelle analisi condotte fino a quel momento, avesse sempre indagato il corpo solo in modo implicito. A questo proposito, introducono una concezione dinamica del corpo che viene inteso come un processo storico (e dunque, sociale e politico) di cui vanno approfondite le forme locali e i dispositivi di costruzione (Scheper-Hughes e Lock, 1990). È partendo da queste riflessioni che si struttura il concetto cardine del pensiero contemporaneo della disciplina: l'‘incorporazione’.

Per ‘incorporazione’ si intende la condizione esistenziale attraverso cui il corpo vive l’esperienza nel mondo e conosce il mondo producendone rappresentazioni. Una forma di compresenza tra le idee di corpo nel mondo e di mondo nei corpi: incorporiamo costantemente le forze esterne e le esperienze passate, pur allo stesso tempo agendo in un mondo che viene trasformato con la nostra presenza. Ciò avviene attraverso uno scambio continuo, una dialettica fra interiorità ed esteriorità, tra corpo e mondo esterno, in particolare attraverso l’*agency* delle persone (Pizza, 2005).

A questo punto si colloca la proposta di ‘incorporazione’ nell’accezione di Csordas (1990; citato da Pizza, 2005), che porta a superare il paradigma epistemologico basato sulla distinzione tra soggetto ed oggetto. L’attenzione si sofferma sul modo in cui le esperienze e le rappresentazioni culturali vengono oggettivate in un processo corporeo continuo. L’‘incorporazione’ fornisce come assunto di partenza una matrice esistenziale ed emozionale su cui si collocano i processi storici, le dinamiche sociali e le produzioni culturali (tra cui bisogna comprendere anche l’immagine del sé, del benessere e del malessere). Processi storici, dinamiche sociali e produzioni culturali sono quindi considerate forze esterne che vengono incorporate sia attraverso modalità per pensare alla nostra soggettività, sia oggettivando le nostre esperienze corporee (Pizza, 2005). Il corpo pertanto può essere considerato un prodotto storico, così come allo stesso tempo la storia è un prodotto corporeo. La storia si configura risultando dall’azione corporea e si può così cogliere che «tutti i tentativi di esprimere la propria capacità di agire, così come quelli di dominare la capacità di agire altrui, si fondano sull’esperienza incorporata degli attori sociali: le relazioni di dominio e di potere si esercitano sui corpi e attraverso i corpi» (Pizza, 2005). Il corpo non è più considerato allora un’entità passiva, ma un soggetto attivo che si relaziona con il mondo sociale (Quaranta, 2006b).

Secondo questa proposta, la malattia può essere vista come una forma di resistenza alle ideologie dominanti (Lock, 1991; citata in Quaranta, 2006a) e il corpo diviene fonte di espressione di un disagio rispetto all’ordine sociale vigente (Quaranta, 2006b).

Per concludere, il concetto di ‘incorporazione’ viene considerato un paradigma per l’antropologia in quanto è da intendersi come una prospettiva teorico-etnografica che agisce in contrasto alla logica dicotomica ed oppositiva fra mente-corpo (Csordas, 1990; citato in Pizza, 2005).

#### 1. 4. 5 Violenza strutturale e biolegittimità

Considerando questi presupposti, ed avendo introdotto il concetto di ‘incorporazione’, posso ora delineare i contributi di Paul Farmer e Didier Fassin. Questi autori, criticando l'approccio culturalista che si focalizza sui processi simbolici che plasmano l'esperienza di malattia, dimostrano invece il ruolo decisivo dei fattori materiali veicolati da tali processi culturali. In sostanza, sostengono che i processi simbolici che organizzano l'esperienza di malattia spesso mascherano l'importanza della componente materiale nell'esporre determinati individui a rischi specifici (Quaranta, 2006a).

Farmer e Fassin ritengono quindi di vitale rilievo esaminare i legami tra processi economico-politici e l'esperienza di sofferenza. Farmer propone una cornice teorica in cui la malattia è vista come l'incorporazione biologica delle disparità sociali, concentrando l'attenzione sulla violenza strutturale (Quaranta, 2006a). Fassin, partendo dal concetto foucaultiano di biopolitica, segnala la presenza della violenza non solo in forma esplicita nei conflitti e nelle guerre, ma anche in forma strutturale nelle politiche di accoglienza verso le persone migranti o la gestione della sanità pubblica verso soggetti emarginati o indigenti. Questa interazione tra violenza di guerra e di pace rivela poi nella sua analisi la complessità delle dinamiche sociali relative alla salute e alla malattia (Quaranta, 2006a).

Paul Farmer, rappresentante di un filone dell'antropologia critica della salute, fa uso del concetto di ‘violenza strutturale’ ripreso da Johan Galtung. Questi, nel 1969, la definiva come una forma di violenza che non richiede l'azione diretta di un soggetto per essere perpetuata, ma si manifesta attraverso gli effetti iatrogeni dei rapporti sociali (Quaranta, 2006a). Questa forma di violenza «è localizzata nelle strutture simboliche e sociali che consentono la produzione e la naturalizzazione dell'oppressione, della marginalizzazione, del bisogno e della dipendenza» (Quaranta, 2006a, p. XXIV). Il concetto, come chiarito da Farmer, comprende le manifestazioni estreme della povertà e dell'esclusione sociale che negano l'accesso alle risorse e limitano l'*agency* del potenziale umano. Queste disuguaglianze sono profondamente radicate nelle strutture sociali e normalizzate dalle istituzioni che le rendono invisibili perpetuando l'oppressione (Farmer, 2003).

La violenza strutturale si espande nello specifico lungo tre assi di azione: quello del genere, che giustifica la marginalizzazione sociale delle donne, quello basato sulla “razza” che - nonostante sia priva di fondamento scientifico, viene tuttavia formalizzata per promuovere ingiusti assetti di potere tra gruppi sociali- e, infine, l'asse che si regge sulla differenza

culturale. Quest'ultimo rappresenta un terreno complesso dove si intrecciano varie sfaccettature della sofferenza umana. La strategia di elaborazione di differenze culturali agisce riduttivisticamente e rischia di produrre interpretazioni della sofferenza legittimate in termini di relativismo culturale (Farmer, 2003).

In questa prospettiva, la malattia è concepita come un processo sociale che si manifesta nelle biografie attraverso restrizioni alla capacità di azione. I soggetti sono quindi costretti nelle loro scelte di vita e la loro *agency* viene limitata dalle disuguaglianze sociali che causano «patologie del potere» (Farmer, 2003; citato in Pizza, 2005, p. 102). Del resto, come ricorda Pizza, «le condizioni di ineguaglianza fanno sì che la “salute” di alcuni sia resa possibile dalla “malattia” degli altri» (Pizza, 2005, p. 102). La sofferenza individuale è quindi una conseguenza dei rapporti di potere incorporati nelle soggettività: è quindi in questa maniera che la violenza strutturale diviene patologia.

Il lavoro di Farmer esemplifica una critica che, integrando contesto storico, economia politica e valutazioni della salute, mette in primo piano le esperienze incorporate delle persone. Questa cornice di vulnerabilità, attraverso la lente della violenza strutturale, avrà risonanza diffusa nell'antropologia medica (Leatherman e Goodman, 2011).

La riflessione di Fassin si struttura a partire dal concetto foucaultiano di biopolitica, intesa come estensione molecolare che governa lo spazio sociale intimo e contemporaneo (Pizza, 2005), e si sviluppa invocando l'urgenza di un'antropologia medica che sia anche antropologia morale e politica (Fassin, 2014; citato da Costantini, 2016).

Per comprendere la riflessione di Fassin (2001) bisogna contestualizzarla a quando, negli anni Novanta, vennero introdotte nuove norme per l'ammissione di persone immigrate in Francia. Tali regolamentazioni consentivano accessi di tipo umanitario per le persone che presentavano condizioni patologiche per le quali non esistevano cure mediche adeguate nel Paese di provenienza. Al contempo, si constatava un inasprimento degli accessi per diritto di asilo politico e si è rilevato che le associazioni per i diritti delle persone immigrate iniziarono a suggerire di sottoporre istanze per ricevere un permesso di assistenza medica, in questo modo incentivando la legittimazione della logica umanitaria rispetto a quella dell'asilo politico (Fassin, 2018).

Si afferma una logica che attribuisce maggior importanza al corpo sofferente rispetto a quello minacciato, gerarchizzando il primo in una posizione avvantaggiata in linea con il diritto alla vita in ambito umanitario. Se l'integrità corporea è infatti messa in pericolo da una malattia, tale condizione è considerata prioritaria rispetto all'integrità corporea minacciata da una

violenza politica (Fassin, 2001): l'accesso alla società veniva giustificato mediante l'uso della dimensione biologica piuttosto che quella biografica (Fassin, 2001). Questa logica sottintende che la concezione del corpo malato sia un mezzo per ottenere la regolarizzazione di uno *status* sociale, implicando così un primato del diritto di cura sul diritto di asilo politico (Costantini, 2016). La presenza di una malattia giustifica l'ingresso nel Paese di destinazione e diviene così strumento per ottenere assistenza sanitaria, comportando una trasformazione della patologia in risorsa. Il corpo, quindi, diviene luogo di incorporazione delle politiche di immigrazione e si afferma così una biopolitica dell'alterità, basata sul presupposto di riconoscimento del corpo come luogo di legittimazione politica (Fassin, 2001).

Quindi è attorno agli assunti del concetto di biopolitica che si intrecciano le due facce di un discorso che media tra la totale accettazione delle persone migranti e il loro respingimento sulla base della loro biolegittimità (Costantini, 2016). La biopolitica, quindi, non segue una logica unitaria, ma palesa una tensione inscritta nel corpo tra l'universalità della vita e l'esaltazione della differenza. Per entrambe le dimensioni, la biologia offre una fondazione apparentemente insormontabile, sia nella produzione di corpi razzializzati per i quali vengono considerate caratteristiche fisiche come elementi di disuguaglianza, sia nell'imporsi del criterio della 'nuda vita' (Agamben, 1995; citato in Fassin 2001). Quest'ultimo implica l'innalzamento del corpo sofferente come parametro di attribuzione prioritaria di cittadinanza su basi fisiopatologiche (Fassin, 2001).

## **1. 5 Il dibattito francese e italiano**

Ora intendo approfondire il dibattito francese e italiano sull'antropologia medica, al fine di offrire contributi che vadano oltre la prevalente prospettiva anglo-americana finora trattata. L'antropologia medica, infatti, ha sviluppato diverse scuole di pensiero e approcci metodologici a livello globale, e limitarsi al dibattito anglo-americano significherebbe perdere di vista importanti sfumature e apporti. Il contesto francese e quello italiano hanno prodotto riflessioni significative che meritano attenzione, in quanto offrono prospettive diverse e complementari su temi cruciali come la salute, la malattia e il rapporto tra corpo e società. Esaminare questi contributi ci permetterà di avere una visione più completa e diversificata dell'antropologia medica.

### **1. 5. 1 Le radici dell'antropologia medica francese: l'etnopsichiatria**

Un interesse embrionale ed una sensibilità, che diverranno poi caratteristiche della disciplina dell'antropologia medica francese, possono essere rintracciati in Charles Nicolle che insistette sulla matrice sociale e storica delle malattie infettive. Analogamente, anche René Leriche, già nel 1950, distinse tra malattia come concepita dal personale medico, intesa quindi come oggetto di ricerca medica, e malattia della persona in cura, quindi interpretata e vissuta sulla base del contesto sociale. Tuttavia, fu nel campo della psichiatria, nel corso della metà degli anni Sessanta, che iniziò un connubio sistematico tra mondo clinico e antropologia. Lo scenario che favorì ciò è da rintracciare nel desiderio di esplorare il funzionamento della clinica psichiatrica in un contesto africano, in particolare durante una ricerca condotta presso l'ospedale di Fann a Dakar, in Senegal (Benoist, 2012).

Nel 1960, da una fervida collaborazione tra l'Università di Montréal e la McGill University, si stabilì un programma di studi psichiatrici transculturali che ebbe notevoli riscontri in Francia come Gruppo universitario di ricerca in antropologia medica ed etnopsichiatrica (tradotto dall'originario *Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et ethnopsychiatrie* - GIRAME) (Benoist, 2012). Prima di approfondire questa tendenza, ritengo appropriato collocarla in una più vasta corrente di studio: l'etnomedicina (Hours, 1999). Quest'ultima occupava gran parte del campo di indagine antropologica francese su queste tematiche, descrivendo le varie pratiche osservate durante il lavoro sul campo caratterizzate dai presupposti culturalisti propri dell'etnografia degli anni Sessanta. Questo approccio, oltre al trattare delle grandi tradizioni mediche scritte, si occupava delle pratiche culturali locali legate alla cura delle malattie, basandosi su numerosi materiali etnografici e sulla descrizione monografica di gruppi circoscritti prodotti da generazioni di ricerca. Le risorse terapeutiche locali sono state accuratamente rilevate, in particolare associate all'uso di sostanze naturali e l'etichetta di medicina tradizionale è stata applicata indistintamente a tutto ciò che non era biomedicina (Hours, 1999).

È importante collocare all'interno di questa branca la derivazione dell'etnopsichiatrica, sottolineando il fondamentale ruolo di George Devereux. Il suo obiettivo principale con l'etnopsichiatrica fu quello di integrare discipline come l'etnologia e la psicoanalisi, basandosi sull'idea della cultura come principio su cui si esprimeva la coppia normalità-patologia (Devereux, 1973). In seguito, si affermò il pensiero di un allievo di Devereux, Tobie Nathan (1996), che definì l'etnopsichiatrica come una disciplina diretta a comprendere i sistemi culturalmente specifici di terapia. Inoltre, considera la psicoterapia come un processo che non dovrebbe isolare la persona in cura dalla sua rete familiare, per incapsularla in un gruppo

statistico biomedico; la persona è da trattare in rapporto ad un corpo sociale più ampio (Nathan, 1996). Di conseguenza, le terapie sono operazioni razionali e la valutazione dell'efficacia è da ricondurre al sistema culturale di riferimento in cui si collocano.

Per Nathan la psiche è un apparato, un meccanismo che intesse relazioni e che si autoregola in base ad un dispositivo analogo ma esterno, ossia la cultura. Il sistema culturale quindi si sovraordina a quello psichico. In questo modo, Nathan mette in discussione i codici delle discipline egemoni legate alla psiche e si oppone alle letture tassonomiche, poiché la sua interpretazione permette una nuova lettura culturale del rapporto tra normalità e devianza (Nathan, 1996). Tuttavia, Nathan, pur ergendosi come rilettore dell'ordine stabilito, verrà accusato di culturalizzare il disagio psichico dei soggetti "altri" che studia e di non riuscire a individuare le motivazioni sociali sottostanti (Schirripa, 2003). L'etnopsichiatria sarebbe quindi da rileggere come una disciplina complice all'organizzazione sociale egemone. Fassin, riferendosi all'etnopsichiatria, riconosce un'operazione viziosa di culturalizzazione e psicopatologizzazione che occulta i processi e i conflitti sociali, nonché le sue dimensioni propriamente politiche. Il rischio di culturalizzazione implica l'adozione aprioristica di un'interpretazione del malessere in favore di un suo collocamento in una griglia culturale indipendente dalle realtà sociali. La psicopatologizzazione di tali disagi giustificherebbe invece i fenomeni esistenziali e sociali: l'etnopsichiatria risulta quindi una disciplina connivente.

### **1. 5. 2 *L'anthropologie de la maladie***

Un secondo scenario di incontro disciplinare tra la matrice antropologica e quella medica avvenne nel 1980: figure professioniste ibride con percorsi accademici in medicina, psicologia e antropologia crearono la branca della antropologia medica in Francia.

Tuttavia, la dicitura 'antropologia medica' si scontrò con delle forme di riluttanza da parte di esponenti accademici, in quanto sottintendeva un orientamento eccessivamente biomedico nella formulazione delle domande di ricerca. Inoltre, si manifestò una certa resistenza nei confronti di un' 'antropologia applicata', sempre per via del timore che la biomedicina potesse definire gli oggetti dello studio antropologico. Per questo motivo emersero in parallelo le formulazioni alternative di 'antropologia della salute' (in origine '*anthropologie de la santé*') o di 'antropologia della malattia' (tradotto dall'originario '*anthropologie de la maladie*') (Benoist, 2012). Quest'ultima in particolare, a differenza dell'etnomedicina, si concentra sulle logiche simboliche e sociali delle rappresentazioni nei sistemi cognitivi della

malattia.

L'*anthropologie de la maladie* si dedica quindi al funzionamento dell'efficacia simbolica e terapeutica nei processi sociali. Si occupa dei simboli che ammalano o uccidono e dei processi che trasformano le pratiche in riti di guarigione (Hours, 1999). Un volume curato da Augé e Herzlich (1983, citati in Hours, 1999) ha sottolineato l'importanza delle rappresentazioni della malattia per l'indagine antropologica. Affrontando la dimensione sociale della malattia, che quindi non viene così accostata al campo biomedico, gli autori si soffermano sull'evento patologico come fenomeno di disordine dell'ordine sociale. Le pratiche legate alla malattia sono inseparabili da un complesso sistema simbolico: l'analisi delle rappresentazioni della malattia diventa un percorso consigliato (o addirittura necessario) per chi intenda esaminare i sistemi di pensiero e di comportamento di una determinata società. Lo studio dei fenomeni legati alla malattia diventa imprescindibile per comprendere la vita sociale (Augé, 1986).

L'*anthropologie de la maladie* è un'opera di conoscenza più che di commento alla realtà; infatti, non mette più in evidenza le differenze nelle pratiche culturali, ma l'unità di un significato, osservabile sia nel Nord che nel Sud del mondo (Hours, 1999). Tale approccio sostiene fermamente che sia fondamentale integrare i dati raccolti nel contesto medico con altre aree, quali la politica, la religione, i generi, la parentela, e così via (Fainzang, 2001).

### **1. 5. 3 L' antropologia della salute come strumento critico e politico**

Fu però l'epidemia di HIV a cambiare l'atteggiamento nei confronti degli orizzonti applicativi della disciplina: le nuove domande e gli importanti mezzi finanziari, infatti, spinsero l'antropologia a mettersi a disposizione delle esigenze emerse con l'epidemia, innescando una partecipazione attiva alla ricerca (Benoist, 2012). Infatti, dall'inizio degli anni Novanta si è affermata la tendenza, proveniente dai Paesi anglofoni, per cui il dibattito non dovesse riguardare tanto il significato della malattia - "eccezione francese" - quanto il comportamento delle persone in cura e la gestione sociale.

Su questa linea, Didier Fassin esprime una declinazione politica e critica dell'antropologia della salute. L'autore (2014) argomenta che, nonostante la diffusione globale dei problemi sanitari e delle conoscenze biomediche, le questioni e le azioni sanitarie restano largamente locali o nazionali. L'antropologia medica con la combinazione peculiare di teoria, critica e politica permette di costruire un problema di sanità pubblica in modo complesso e articolato. Di conseguenza la disciplina è in grado di considerare la salute come forma di verità del

corpo e non deve limitarsi ad assegnare chi studia alla sua alterità; bensì può essere uno strumento critico per esplorare la relazione tra scienza e verità (Fassin, 2014).

Con questo breve *excursus*, si può notare come nella tradizione francese si sia tentato di lavorare in molteplici direzioni e si siano ripensati alcuni dei presupposti fondativi del campo di studio, cercando di fare tesoro delle osservazioni critiche ricevute. Permangono ancora oggi orientamenti diversificati e una certa “rivalità” tra con un approccio antropologico più orientato all’antropologia medica anglo-americana e una cornice interpretativo-operativa che agisce nel solco delle discipline psicologiche.

#### **1. 5. 4 Lo scenario italiano**

Per ricostruire brevemente la cornice italiana, è bene ricordare che la nascita della moderna antropologia medica in Italia è da datare nella seconda metà degli anni Cinquanta, in particolare grazie al lavoro di promozione alla salute di Alessandro Seppilli, padre di Tullio Seppilli, presso il Centro Sperimentale per l’Educazione Sanitaria a Perugia (Zito, 2017). In generale, inoltre, l’antropologia medica nel contesto dell’Europa meridionale manca di riconoscimento nell’ambito sanitario ma, soprattutto nel caso italiano, la disciplina è stata a lungo collocata in una posizione di marginalità anche all’interno dell’antropologia culturale e sociale: si parla de «il margine del margine» (*the margin of the margin* nella perifrasi originaria di Comelles, 2002, p. 8).

Peculiare è anche il collegamento con la cosiddetta ‘medicina popolare’ (nota anche come *demoiatria*), un termine coniato da Giuseppe Pitrè, medico ed etnografo palermitano, nel 1896. L’Italia fu quindi un caso esemplare, che ha rappresentato il principale contesto di questa denominazione, che si occupava delle pratiche sviluppate sulla base di esperienze e rappresentazioni del corpo, della salute e della malattia delle classi subalterne (Pizza, 2005). Originariamente, la ‘medicina popolare’ si fondò sulle analogie tra i rimedi del mondo contadino e quelli documentati da fonti antiche o classiche, motivo per cui venne associata a forme di residuo folklorico (Dei, 2014). La ‘medicina popolare’ in questo senso si posizionava in termini oppositivi all’ affermazione della biomedicina sul territorio nazionale - e alla logica di separazione tra corpo e mente su cui si regge - (Pizza, 2005). Particolarmente rilevante fu in seguito anche il rapporto tra antropologia medica e storia, con l’apporto fondamentale di Antonio Gramsci, in termini teorico-metodologici, e di Ernesto De Martino (Seppilli, 2014; Zito, 2017). Ciò consentì infatti di trattare la ‘medicina popolare’ con

maggior attenzione etnografica negli studi di De Martino, la cui eredità permise di riconoscerla come portatrice e concausa di processi egemonici, inserendola in un più ampio contesto di valorizzazione del contributo di popolare (Dei, 2014). Si osserva la sua erosione tra gli anni Ottanta e Novanta del Novecento, dovuta ad una fase di ridefinizione teorica e critica legata anche alla scomparsa del tradizionale oggetto di studio, il folklore contadino, e all'emergere di una società di massa legata all'industria culturale (Pizza, 2005; Dei, 2019).

### **1. 5. 5 L'esperienza corporea di Gramsci e i lavori di De Martino**

Il pensiero di Gramsci rappresenta un contributo fondamentale per l'apparato teorico che si afferma in Italia, in quanto affronta la questione corporea con particolare enfasi sulla «dialettica egemonica e del sistema dei rapporti di forza che agiscono sui processi di salute-malattia» (Pizza, 2003, p. 33). Nelle sue lettere sono rintracciabili delle riflessioni embrionali che sono associabili al paradigma dell'«incorporazione» che verrà poi teorizzato da Csordas (1990). Infatti, le considerazioni che partono dalla sua esperienza corporea sono di carattere fenomenologico e rivelano la matrice sociale dei processi che sperimenta: il suo corpo è uno spazio fisico auto-oggettivato le cui trasformazioni che riscontra sono socio-culturalmente generate (Pizza, 2003).

Ernesto De Martino (1961) nei lavori sulle pratiche religiose in Lucania e in Salento fondate sull'osservazione partecipativa e sulla collaborazione in *équipe*, rivela che gli stati di salute e di malattia non possono essere considerati meramente dal punto di vista biologico, ma bensì sono processualmente legati a dimensioni psichiche, sociali, culturali e politiche. La connessione tra queste dimensioni è fondamentale per comprendere un ampio spettro di malattie, spesso liquidate come semplici superstizioni o credenze infondate. Tra queste vi è il tarantismo, una condizione di sofferenza fisica e psicologica, simbolicamente associata al morso della tarantola (Vargas, 2012). Osservando le connessioni tra il disagio psicologico delle tarantate in Salento e una più vasta condizione storico-sociale di povertà ed emarginazione, De Martino (1961) interpretava il rito terapeutico come un mezzo culturale per affrontare la crisi. Questo rito consentiva di dare un significato simbolico e di trovare una soluzione alla malattia (De Martino, 1961). Inoltre, la forte componente psichica è presente sin dall'inizio dei processi terapeutici eseguiti dalle figure guaritrici. Ciò suggerisce una particolare caratteristica del rapporto tra figura guaritrice e persona in cura, ossia la condivisione di riferimenti culturali e linguistici, nonché la richiesta alla persona in cura di

partecipare attivamente alla fase diagnostica e al processo terapeutico (De Martino, 1961; Pizza, 2005). Quindi l'influenza di caratteristiche psichiche sullo stato di salute di un individuo è culturalmente costruita.

### **1. 5. 6 Dalla tradizione etnopsichiatria alla fondazione della Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM)**

Si è iniziato a costruire un settore di ricerca legato alle istituzioni sanitarie ufficiali solo dopo gli anni Cinquanta. Una forte componente della tradizione etnopsichiatrica fu presente, rintracciabile già nelle riflessioni di De Martino. Infatti, l'indagine etnografica sul tarantismo, completata nel 1959 nel Salento, sollevò numerose questioni riguardo alla relazione tra la malattia in termini biomedici e il modo in cui essa viene vissuta, manifestata e affrontata ritualisticamente: questo lavoro rappresenta un esempio paradigmatico di etnopsichiatria (Seppilli, 2012).

Nella tradizione italiana, si presta quindi molta attenzione all'importanza delle caratteristiche psichiche, considerate come esperienze vissute e influenzate culturalmente, in rapporto ai processi di salute e malattia, alle pratiche di cura e, in generale, al "prendersi cura" di sé. Da questa prospettiva deriva il rapporto privilegiato che l'antropologia medica intrattiene con la psiconeuroendocrinoimmunologia (Seppilli, 2012). In aggiunta si collocano i lavori di Vittorio Lanternari che, indagando i cambiamenti dei sistemi medici italiani dagli anni Sessanta ad oggi, si soffermano sulle fasi storiche dalla cultura magica contadina, «extra-scientifica e pre-scientifica» (Lanternari, 2003 p. 57) fino all'avanzamento della tecnologia che ha permeato ogni ambito della vita sociale, portando a una significativa evoluzione delle pratiche diagnostiche e terapeutiche. Lanternari (2003) si sofferma in particolare sui rituali magico-religiosi: fenomeni con valore curativo in risposta a manifestazioni di disagio (Lanternari, 2003).

Durante la metà degli anni Sessanta, la relazione tra antropologia e psichiatria iniziò a prendere forma con la partecipazione ai movimenti per il superamento delle istituzioni manicomiali, che culminò nel 1978 con l'abolizione dei manicomi nella legge Basaglia (180 del 13 maggio 1978) (Seppilli, 2012; Seppilli 2014). In seguito ad una conferenza che ebbe luogo a Pesaro nel 1983, si formò a Perugia, nel 1988, la Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM). Dal 1996 iniziarono le pubblicazioni "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica" il cui principale esponente fu Tullio Seppilli. Si conclude rilevando che l'antropologia medica italiana è largamente focalizzata su processi

domestici; le ricerche all'estero sono per lo più recenti e influenzate dalle spinte legate alla cooperazione internazionale (Seppilli, 2012).

## **1. 6 Conclusione**

In conclusione, in questo capitolo ho provato, attraverso la ricostruzione della formazione ufficiale dell'antropologia medica e delle sue tappe teoriche, a fornire un quadro il più completo possibile dello scenario contemporaneo, richiamando sia al panorama anglo-americano, che a quello francese e italiano. Grazie all'affermazione del pensiero critico-interpretativo, che ha coinvolto la disciplina antropologica *in toto*, con echi anche nell'ambito dell'antropologia medica, si è dimostrato il percorso di allontanamento da atteggiamenti di riduzionismo biologico e di riconoscimento del pericolo di un approccio eccessivamente relativista e culturalista. In questo senso si inserisce la prospettiva teorico-etnografica dell'‘incorporazione’ proposta per scardinare la dicotomia mente-corpo figlia del dualismo cartesiano. In questo modo si risalta la centralità delle dinamiche di potere e la loro incorporazione nelle persone. Richiamando inoltre la dimensione dell'agentività, le soggettività vengono investite della possibilità di rinegoziarsi nei rapporti e il corpo è da intendersi come fonte di adesione o resistenza alle ideologie dominanti attraverso la malattia.

Ho ritenuto quindi quanto esposto di rilievo al fine di poter contestualizzare nella disciplina il prossimo capitolo. Tale ricostruzione della cornice teorica, infatti, consente di attivare un dialogo con un dibattito legato alla sfera della sessualità e, nel corso dei prossimi capitoli, con quello relativo virus dell'Human Immunodeficiency Virus (HIV).

## Capitolo secondo

### Sessualità : dall'influenza culturale ad una critica strutturale per la prevenzione dell'HIV

#### 2. 1 Antropologia e sessualità

La sessualità umana rappresenta un argomento di studio che occupa un ruolo complesso nella ricerca antropologica. In particolari periodi storici, come alla fine degli anni Venti, nel corso della seconda ondata femminista (Lavenda e Shultz, 2021) e nell'ultimo decennio del XX secolo, associato all'emergenza del virus HIV, si è riscontrata un'indagine antropologica sulla sessualità, seppur con approcci diversificati.

Il contributo di Margaret Mead, alla fine degli anni Venti e nel corso degli anni Trenta, ha messo alla prova le affermazioni dello psicologo Stanley Hall sull'universalità dell'adolescenza. Il lavoro di Mead, in particolare “L'adolescenza in Samoa” (1928) e “Sesso e temperamento in tre società primitive” (1935), rappresenta un esempio significativo di un interesse sul tema della sessualità (Lyons e Lyons, 2004). Inoltre, Mead sostenne che non vi fosse nessuna connessione tra il sesso biologico e i comportamenti culturalmente previsti per maschi e femmine. Da qui in poi, la distinzione nell'impiego dei termini ‘sesso’ (attributi fisici che distinguono maschi e femmine) e ‘genere’ (costruzione sociale del ruolo di maschio o femmina) diventerà essenziale per le fasi successive della riflessione (Busoni, 2000).

Un altro esempio è fornito da Bronislaw Malinowski che, applicando le metanarrazioni freudiane ai presupposti culturali delle persone abitanti nelle isole Trobriand, tratta dell'argomento in “Sesso e repressione tra i selvaggi” (1927) e “La vita sessuale dei selvaggi nella Melanesia nord-occidentale” (1929). Altre volte però lo studio della sessualità è stato affrontato in rapporto alla riproduzione, alla parentela e ai ruoli religiosi (Herdt, 2012).

Un contributo è rappresentato dal lavoro di Mary Douglas (1975), che attraversa la tematica della sessualità in rapporto a sistemi di parentela e religione nella discussione sui concetti di purezza e impudicizia. Con la diffusione del cristianesimo, sostiene Douglas (1975), si è affermata la nozione di verginità in termini positivi, che si è debitamente combinata ad altre credenze che vedono il corpo come un contenitore perfetto solo quando reso impermeabile.

Il concetto di 'impudicizia del corpo' esprime la necessità di mantenere l'integrità del corpo sociale e fisico attraverso regole che ne controllano i contatti (Douglas, 1975). Analogo il caso dell'incesto, il cui tabù ha la funzione di mantenere l'equilibrio sociale, prevenendo i conflitti all'interno delle famiglie e preservandone la coesione (Douglas, 1975).

Nonostante gli apporti sopra esposti, si è comunque accertata una certa ambivalenza nell'approfondire tematiche sessuali in ambito etnografico (Lyons e Lyons, 2004). Alcuni motivi che spiegano tendenze riluttanti riguardano il fatto che la discrezione delle persone sull'argomento possa condurre a informazioni poco rappresentative, non verificabili o inaffidabili. Questa lacuna può essere attribuita anche all'aura di esotico o di scandaloso che veniva associata all'argomento all'interno della disciplina (Lyons e Lyons, 2004). Pertanto, l'attività antropologica di *fieldwork* legata alla sessualità è soggetta a vincoli sia pratici che etici. Infine, sottolineando l'etnocentrismo degli studi sulla sessualità interculturale, è emersa la necessità di fare un esercizio di revisionismo e di riflessività disciplinare per rintracciare come le modalità di studio alla sessualità siano talvolta state condizionate dai pregiudizi occidentali sul sesso (Lyons e Lyons, 2004). Tra i pionieristici sforzi si colloca il lavoro di Alfred Charles Kinsey. Benché non fosse un antropologo, il suo contributo ha avuto un impatto significativo sulla percezione della sessualità umana, sfidando molte convinzioni occidentali e portando avanti una visione scientifica del sesso e della sessualità, in particolare con "*Sexual Behaviour in the Human Male*" (il comportamento sessuale nell'uomo, 1948) e "*Sexual Behaviour in the Human Female*" (il comportamento sessuale nella donna, 1953), noti come i "Rapporti Kinsey" (Heiman, 2012).

In ogni caso, la maggior parte dell'accademia che si è cimentata in questo settore ha avvertito un pregiudizio latente secondo il quale ad un interesse sulla sessualità si associa una sorta di morbosa perversione personale (Vance, 1991). Erano quindi pochi i dipartimenti che offrivano canali di formazione sullo studio della sessualità umana. La sporadicità di una comunità strutturata sui temi della sessualità ostacolò il progresso del campo: chi maturasse un interesse per l'argomento percepiva di dover indagare autonomamente il lavoro delle generazioni passate (Vance, 1991). L'antropologia è di conseguenza a lungo risultata restia nel legittimare il suo personale accademico nell'affrontare il tema della sessualità umana, non considerandola un dominio meritevole di un'indagine antropologica (Erickson, 2011). Non dissimile l'accidentato percorso della sociologia, che non riconobbe da subito il valore delle ricerche di Laud Humphreys (1970) sul tema del sesso impersonale nei bagni pubblici.

A partire dagli anni Sessanta si vide riaffiorare un coinvolgimento sull'argomento anche grazie all'urgenza dello sguardo femminista che ha incluso la sessualità nel suo dibattito (Lyons e Lyons, 2004). Nello specifico la discussione femminista si è articolata con l'affermazione degli studi di genere. Questi ultimi sono stati cruciali per gli sviluppi di una discussione sulla sessualità, principalmente perché hanno dimostrato che il genere sia un fatto sociale (Busoni, 2000). Prima di allora l'abitudine di considerare il genere sostanzialmente come espressione di un dominio biologico sulla società ha fatto ritardare alcune riflessioni sulla sessualità nelle scienze sociali (Shapiro, 1981).

Si è quindi rivelato fondamentale soffermarsi sulla base sociale del genere al fine di sfatare le spiegazioni egemoniche e biologicamente deterministiche sulle differenze di genere (Andersen, 2005). A questo proposito si richiede che il genere sia indagato da una prospettiva economica, politica, religiosa e filosofica: ciò implica che il suo significato e la sua funzione sono plasmate dal più ampio sistema in cui si colloca (Shapiro, 1981). Infatti, agli esordi della riflessione femminista, la concettualizzazione del genere in termini di attività agita ha dominato la maggior parte delle cornici teoriche nelle scienze sociali: in sintesi, il genere si fa, non si è (Andersen, 2005). Di conseguenza la sessualità e il genere risultano da una rete di interdipendenze: questi due idiomi (genere e sessualità) sono da rileggere come rifrazioni di altri domini dell'esistenza. Quindi, le opposizioni che tracciano un confine tra mascolinità e femminilità, e il senso che attribuiamo alle attività sessuali possono essere comprese facendo riferimento a una varietà di nozioni culturali tra cui, ad esempio, la competizione, la realizzazione, la razionalità o irrazionalità, l'amore e la natura (Shapiro, 1981).

In ultima analisi, nel rapportarsi allo studio sulla sessualità è fondamentale quindi focalizzarsi anche sui concetti di genere, dei ruoli sessuali e delle relazioni tra genere in quanto sono da intendersi come riflesso di un'analisi simbolica più generale (Lavenda e Shultz, 2021). La discussione in merito verrà ripresa nei paragrafi a seguire, intanto si sottolinea che tali accenni agli studi di genere sono il fulcro delle riflessioni femministe a cui si deve l'espansione della letteratura e del campo disciplinare antropologico sulla sessualità.

Contemporaneamente l'antropologia medica rappresenta la branca che maggiormente si è avvicinata, seppur non esclusivamente, a coltivare un ramo antropologico sulle questioni della sessualità, approfondita nella sua declinazione legata alla salute sessuale e riproduttiva. A questo proposito, la definizione di 'Salute Sessuale e Riproduttiva' (SSR) è stata introdotta alla Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo al Cairo nel 1994. Il dibattito ha evidenziato che le politiche globali di controllo demografico, che collegavano il

sottosviluppo alla sovrappopolazione, non risolvevano i problemi locali e imponevano un controllo sulle donne, ignorando i rapporti di potere nella riproduzione (Ranisio, 2019).

Il cambiamento di paradigma, dal controllo demografico alla salute sessuale e riproduttiva ai diritti individuali, segna una nuova definizione che include la libertà di scelta, il diritto a metodi di pianificazione familiare sicuri ed efficaci, e l'accesso a servizi sanitari adeguati. Tuttavia, la sua applicazione trova diversi ostacoli nell'adattarsi a livello locale, nei criteri di accesso alle cure in società con significative disuguaglianze socio-economiche. Si osserva infatti che la classificazione SSR, utilizzata dalle organizzazioni internazionali e presentata come universale, esclude le conoscenze e i metodi di assistenza locali, creando un contrasto con le realtà terapeutiche locali (Ranisio, 2019).

Questa analisi si coniuga alle riflessioni cardine dell'antropologia critica della salute, di cui si accennava come principale esponente Paul Farmer, che si concentrano sul ruolo delle disuguaglianze sociali nel dettare il grado di esposizione delle persone a malattie. Sotto questo punto di vista, il sesso come veicolo di rischio è stato oggetto di riflessione: l'epidemia di HIV ha spinto ad interrogarsi sulle dinamiche di potere e su come disparità di calibro sociale, politico ed economico abbiano un impatto nell'ambito sanitario di contesti specifici (Erickson, 2011; Herdt, 2012).

In sintesi, ritengo quindi opportuno costruire un resoconto sugli approcci della disciplina alla sessualità, per illustrare come questo oggetto di studio si sia integrato nelle sue visioni teoriche più ampie. Nello specifico, discuterò il modello dell'influenza culturale e del costruzionismo sociale. In seguito, non potrò esimermi dal riconoscere l'influenza del femminismo del ventesimo secolo sullo studio antropologico del sesso, del genere e della sessualità (Lavenda e Shultz, 2021). Le riflessioni accennate sopra, inerenti alle riletture del concetto di 'genere', verranno riprese per effettuare una più profonda ricostruzione del rapporto dei contributi femministi alla disciplina. Infine, si contestualizzerà l'insorgenza dell'epidemia dell'Human Immunodeficiency Virus (HIV) per offrire indicazioni rilevanti per il tema trattato in questa tesi e per analizzare il suo impatto sull'evoluzione del dibattito sulla sessualità.

## **2. 2 La sessualità nel modello dell'influenza culturale**

Di seguito inizierò ad affrontare lo scenario teorico in cui si inserisce la ricerca sociale sulla

sessualità: la finalità è quella di smascherare le influenze di relativismo culturale che dal 1920 agli anni 2000 hanno fortemente contraddistinto il modo di pensare alle pratiche sessuali ed ai suoi significati (Herdt, 2012). In questo arco di tempo gli approcci antropologici alla sessualità sono rimasti notevolmente consistenti.

Le origini coloniali dell'antropologia sono fondamentali per comprendere l'invenzione del concetto di 'cultura' e la questione della gestione dei corpi sessuati degli Altri e delle Altre. Come è possibile rinvenire in qualsiasi manuale introduttivo all'antropologia culturale, emerge come il concetto di 'cultura' in senso antropologico risale al XIX° secolo e si affianca all'ascesa dell'epistemologia del relativismo culturale, influenzando le successive impostazioni di ricerca sociale sulla sessualità, sui significati, sui ruoli e sugli *script* sessuali<sup>2</sup> (Herdt, 2012). In seguito, durante gli anni della prima guerra mondiale, i discorsi sulla sessualità erano così fortemente influenzati dal linguaggio della patologia e fortemente tesi a processi di medicalizzazione delle forme di sessualità ritenute non conformi (Irvine, 2000; citata in Herdt, 2012). Una ragione significativa per questa propensione è stata lo sviluppo della teoria psicosessuale di Freud che, attraverso un linguaggio diagnostico, ha patologizzato la sessualità come alterazione psicologica. In particolare, queste interpretazioni si applicavano classificando come "anormalità" o "perversioni" gli atteggiamenti sessuali delle culture native (Herdt, 2012). L'influenza freudiana sui primi studi antropologici era quasi egemonica, contrastata solo dal marxismo (che però solitamente ignorava la sessualità): il sesso, secondo il materialismo storico, risultava marginale, considerato un elemento sovrastrutturale (Harris, 2001; citato da Herdt, 2012). Il marxismo, infatti, ha semplificato eccessivamente la collocazione della sessualità considerandola come

---

<sup>2</sup> John H. Gagnon e William Simon introducono la loro teoria dei copioni sessuali (*sexual scripts*) a partire dagli anni Sessanta, mettendo in discussione l'analisi tassonomica, positivista, funzionalista e naturalizzante della sessualità. Nello specifico Gagnon sostiene che gli esseri umani nascono sessuati (ovvero possiedono un insieme di cromosomi, gonadi, geni e, quindi, una matrice biologica associabile alla sfera sessuale) ma diventano sessuali soltanto all'interno dei sistemi simbolici e culturali. Il contesto sociale fornisce codici e copioni che le persone imparano a performare in linea con una serie di significati che le definiscono come persone sessuali e che consentono di comprendere quando accade loro qualcosa di sessuale. Si parla di un processo di divenire, un diventare sessuale che è fortemente condizionato dal genere, dal raggruppamento etnorazziale, dalla classe sociale, dalle convinzioni morali e religiose e dall'educazione. Diventare sessuali implica l'acquisire credenze, rappresentazioni, preferenze, criteri di valutazione e pratiche che portano ad adottare ruoli e linguaggi specifici all'interno di un percorso di socializzazione sessuale (Cappotto e Rinaldi, 2016). Per un ulteriore approfondimento si invita a consultare la nota 14 nel Capitolo 4.

un riflesso della base economica. In questo modo ha trascurato la più intima complessità della componente sociale della sessualità rimandandola esclusivamente alle divisioni tra borghesia e proletariato. Recentemente però alcuni studi nell'ambito del femminismo hanno sostenuto una visione più sfumata, riconoscendo l'autonomia dei sistemi sessuali dalle forze economiche (Padgug, 1979).

Vance (1991), tenendo conto delle premesse finora esposte, definì tale prospettiva di ricerca come 'modello dell'influenza culturale'. Secondo quest'ultimo, la sessualità è vista come un materiale plasmabile dalla cultura e viene intesa come una sfera naturalizzata. Per quanto quindi la cultura possa forgiare l'espressione e i costumi sessuali, la matrice primaria della sessualità viene concepita come universale e biologicamente determinata: in letteratura, figura menzionata come impulso o pulsione sessuale (Vance, 1991). Inoltre, sempre per il modello dell'influenza culturale, il sesso non solo è correlato al genere, ma si fonde facilmente, e spesso viene confuso, con esso. Si presume quindi che il sesso, le disposizioni di genere, la mascolinità e la femminilità siano da sovrapporre. Inoltre si ammette che gli atti sessuali abbiano un significato stabile e universale in termini di identità e significato soggettivo. Quindi, nonostante il modello dell'influenza culturale riconosca variazioni nell'azione sessuale e negli atteggiamenti che incoraggiano o limitano il comportamento sessuale, tuttavia li riconduce alla cultura di riferimento e non all'attribuzione di significato agita dalle persone (Vance, 1991). In aggiunta, la letteratura considera abitualmente i contatti sessuali tra persone di sesso opposto come 'eterosessualità' e quelli tra persone dello stesso sesso come 'omosessualità', come se gli stessi fenomeni fossero osservabili allo stesso modo per tutte le società in cui si verificano (Vance, 1991). Chiaramente questi presupposti sono profondamente etnocentrici poiché i significati attribuiti a questi comportamenti sessuali si allineano ai parametri della società industriale del XX° secolo (Vance, 1991). Infatti la propensione occidentale al dualismo non ha esonerato le preferenze sessuali. La creazione dell'omosessualità si è inserita in un *continuum* bipolare che la vede come polo di opposizione all'eterosessualità (Erickson, 2011), occultando apertamente la bisessualità e altri modi di concepire e performare la sessualità, per non parlare del binarismo di genere reso traballante dal riconoscimento dell'intersessualità e delle sue molteplici forme. La scala Kinsey è esemplare nel collocarsi all'interno di questa visione normativa. Si tratta di una scala di valutazione dell'orientamento sessuale che va da 0 (esclusivamente eterosessuale) a 6 (esclusivamente omosessuale), con sfumature intermedie (Heiman, 2012) che in seguito verranno categorizzate come bisessualità. Inoltre, a determinata preferenza sessuale è corrisposta l'attribuzione di valori: nello specifico, la coppia eterosessuale viene

naturalizzata e legittimata dai discorsi egemonici, socialmente eletta a *status* normale, sano, valido e valorizzato; l'omosessualità viene dipinta come innaturale e perversa (Erickson, 2011).

Ne è risultato, quindi, che chi ha lavorato in questo quadro ha adottato tali categorie e concetti dati come universali, nonché considerando la pulsione sessuale come biologicamente determinata e correlando in modo causale il sesso con il genere (Vance, 1991).

## 2.3 Sessualità e costruzionismo sociale

In seguito, nell'arco di tempo dagli anni Ottanta agli anni Novanta, si è verificato l'accesso a prospettive orientate alla fenomenologia e al costruzionismo sociale<sup>3</sup> (Erickson, 2011). Vance (1991) sostiene che la costruzione storica della sessualità sia stata trascurata fino a metà degli anni Settanta, quando fu ripresa dal lavoro foucaultiano e dal contributo femminista, portando all'emergere di un approccio costruzionista. Infatti, dopo la pubblicazione dei tre volumi di Foucault sulla storia della sessualità (1976 - 1984), iniziò ad emergere la proposta teorica per la quale la sessualità fosse socialmente costruita. Foucault, infatti, negò l'idea, al tempo comunemente accettata, che il sesso fosse un atto naturale, per considerarlo invece un'idea complessa prodotta dalle pratiche sociali e dai discorsi che si strutturano attorno ad esso (Foucault, 1976). Il contributo di Foucault è stato fondamentale in quanto ha consentito di soffermarsi sul ruolo del potere nel mantenimento della concezione vigente sulla sessualità.

In questo clima si è iniziato a registrare un processo di *mainstreaming* degli studi sulla

---

<sup>3</sup> L'approccio fenomenologico, basato sulle teorie di Edmund Husserl, è stato applicato alle scienze sociali da Alfred Schütz al fine di gettare le basi per uno studio della società a partire dall'esperienza che le persone fanno della realtà, creando così una sfera di condivisione della conoscenza. Questo approccio esplora i presupposti intersoggettivi della vita sociale, assumendo che la società si generi dal confronto delle visioni soggettive delle persone (Croteau et al., 2015). In seguito, Berger e Luckmann (1977) teorizzarono che la realtà, ossia l'insieme dei fenomeni che riconosciamo come indipendenti dalla nostra volontà, sia costruita socialmente. Le persone, attraverso azioni e interazioni, creano una dimensione condivisa che viene poi esternalizzata. Questa realtà condivisa si oggettivizza in istituzioni e ordine sociale, che appaiono indipendenti e retroagiscono sulle persone. Infine, la realtà viene interiorizzata, rendendo le persone un prodotto sociale di se stesse (Berger e Luckmann, 1997).

sessualità che hanno iniziato a diffondersi, per diventare parte integrante della disciplina (Erickson, 2011). Il lavoro del costruzionismo sociale è stato prezioso perché ha esplorato l'*agency* umana tentando di storicizzare la sessualità (Vance, 1991), innescando un coinvolgimento interdisciplinare che ha riguardato i diritti sessuali, di genere e riproduttivi (Herdt, 2012). In particolare, l'interesse erotico, i comportamenti sessuali, le identità e le comunità sessuali, vengono considerati prodotti sociali, costruiti socialmente. Più nello specifico, gli atti sessuali apparentemente identici sono potenzialmente portatori di significati variabili legati alla definizione e alla comprensione delle persone nei diversi contesti e periodi storici. Quindi un atto sessuale non ha un unico significato sociale universale: la relazione tra atti sessuali e significati non è fissa, ma si proietta su tempi e luoghi specifici. Soggettività e comportamenti individuali vengono considerati indicatori di pratiche particolari e organizzano attivamente l'esperienza sessuale collettiva: ne sono influenzate le identità, le definizioni, le ideologie e le norme (Vance, 1991).

Un'ulteriore peculiarità della teoria del costruzionismo sociale prevede che la direzione stessa dell'interesse erotico, la scelta del soggetto sessuale, non sia intrinseca o inerente all'individuo, ma sia costruita a partire da influenze sociali. Per chiarirci: per soggetto sessuale, secondo la classificazione della sessuologia contemporanea, si allude all'orientamento sessuale, quindi a eterosessualità, omosessualità e bisessualità. In linea con questa premessa, l'ala più radicale della teoria costruzionista argomenta che non esista un impulso o un desiderio sessuale essenziale e indifferenziato che risiede fisiologicamente nel corpo. Il desiderio sessuale, quindi, sarebbe culturalmente e storicamente costruito. Questa posizione è in contrasto con una versione più mite della teoria costruzionista che, analogamente al modello dell'influenza culturale, riconosce il desiderio sessuale come intrinseco, una sorta di sorgente aprioristica a partire da cui si manifestano atti sessuali, identità e, per l'appunto, la scelta del soggetto desiderato (Vance, 1991).

## **2. 4 Il contributo della riflessione femminista**

All'interno della corrente costruzionista, le riflessioni del femminismo degli stessi anni hanno notevolmente contribuito alle indagini antropologiche sul genere e sulla sessualità (Herdt, 2012). Infatti, il discorso femminista ha ampiamente operato in ambito antropologico al fine di criticare alcune prospettive androcentriche e occidentali sulla sessualità (Busoni, 2000; Erickson, 2011). È fondamentale però riconoscere che il femminismo abbia subito

forme di marginalizzazione in antropologia attraverso vari processi storici e strutturali, che hanno portato alla sua relegazione alla periferia della disciplina (Mahmud, 2021), esattamente come accaduto in altre scienze umane e sociali.

L'intricata interazione tra la teoria femminista e lo sviluppo disciplinare tradizionale permette di riscontrare le tensioni e possibilità che derivano da questa relazione. Infatti, Strathern (1987) definisce questa dinamica *awkward* per il modo in cui le intuizioni femministe hanno influenzato o trasformato il lavoro accademico tradizionale. Se da un lato l'antropologia ha mostrato una certa apertura alle idee femministe, dall'altro c'è stata una certa resistenza nell'integrarle pienamente. Inoltre, la tendenza a percepire il contributo femminista come un filone autonomo piuttosto che come una forza trasformativa all'interno della disciplina ne ha ostacolato il potenziale innovativo. In ogni caso la ricerca femminista ha sfidato i paradigmi esistenti all'interno dell'antropologia riorganizzando la produzione di conoscenza con significativi cambiamenti concettuali. Infine, ha concesso il considerare le donne come protagoniste imprescindibili dell'indagine e come agenti attivi nella produzione di conoscenza, enfatizzando esperienze e prospettive marginalizzate e colmando i divari tra le discipline in favore di un impegno interdisciplinare (Strathern, 1987).

#### **2.4.1 Riformulare il concetto di 'genere': dalla Seconda Ondata al femminismo intersezionale**

La Seconda Ondata del femminismo si è concentrata in ambito accademico sulla separazione delle nozioni di sesso e di genere, che in precedenza erano entrambe usate in modo intercambiabile (Dominguez et al., 2017).

Ripensare il concetto di 'genere' ha avuto un impatto rivoluzionario nel decostruire la visione che lo considerava una disposizione naturale perché consentì una profonda revisione delle teorie che, per argomentare in favore della subordinazione delle donne in termini di determinismo biologico, correlavano la riproduzione e il sesso al genere (Vance, 1991). Infatti, i ruoli di genere nelle società occidentali sono stati legittimati in termini biologici, reindirizzando agli apparati riproduttori l'idea di genere con conseguenti implicazioni sociali. Quello che sembra essere un corpo "naturalmente" di genere è in realtà un prodotto altamente mediato socialmente. Di conseguenza, i concetti di femminilità e di maschilità vengono incorporati attraverso una persistente socializzazione legata a *standard* di bellezza, di comportamento e al linguaggio del corpo (Vance, 1991).

Il già citato caso di Margaret Mead che, negli anni Trenta distinse tra sesso e genere come categorie del pensiero antropologico (Dominguez et al., 2017) inoltre dimostrò che non ci fosse correlazione tra il sesso biologico e i comportamenti culturalmente attesi in base al genere. Pur riconoscendole il coinvolgimento della tematica nella disciplina, in ogni caso Mead dimostra l'appartenenza al suo tempo, condividendo la sensibilità sul genere relativa a quando scrive. Il suo rimane tuttavia un contributo fondamentale in quanto cerca di rilevare la socialità del genere (Busoni, 2000). Il termine 'sesso' quindi si riferisce alle caratteristiche fisiche che contraddistinguono i maschi dalle femmine. Il termine 'genere' invece si riferisce alla costruzione culturale dei ruoli assegnati ai maschi e alle femmine che variano da società a società (Busoni, 2000): tali ruoli vengono riprodotti tramite dei copioni che le persone imparano e performano (Butler, 1991). In aggiunta, l'antropologa Gayle Rubin (1975; citata in Vance, 1991) argomenta contro le teorie essenzialiste che riconducono la differenza di genere alle disposizioni biologiche alla sessualità e alla riproduzione. Propone l'uso del termine 'sesso/sistema di genere' per descrivere «l'insieme degli accordi con cui la società trasforma la sessualità biologica in prodotti dell'attività umana e in cui questi bisogni sessuali trasformati vengono soddisfatti» (Rubin, 1975, p. 159; citata in Vance, 1991). In seguito, Rubin (1984) rielabora tale formulazione distinguendo tra sesso e sistema di genere in due fenomeni analiticamente distinti che richiedevano cornici esplicative separate nonostante siano stati messi in correlazione in specifiche circostanze storiche. Questa prospettiva ha suggerito un quadro nuovo che, pur intrecciandosi in molti punti, considerava la sessualità e il genere come separati.

Pertanto, per chi fa ricerca sulla sessualità, il compito non è solo quello di studiare i cambiamenti nell'espressione del comportamento e degli atteggiamenti sessuali, ma di esaminare la relazione di questi cambiamenti con movimenti più ampi nel modo in cui il genere e la sessualità sono stati organizzati e interconnessi all'interno delle relazioni sociali (Vance, 1991).

La Terza Ondata del femminismo non si è concentrata più solo sulla questione dell'asimmetria di genere, ma ha riconosciuto anche il rilievo di categorie come la classe, la nazionalità/colore della pelle (Dominguez et al., 2017).

La riflessione intersezionale sulla categoria di donna restituisce un'ulteriore complessità in quanto il genere si intreccia ad altre forme di identità. Pensare in termini intersezionali al genere implica il riconoscimento dell'effetto combinato delle identità multiple di cui una persona è portatrice, per individuare il grado di privilegio o di oppressione che vive

(Crenshaw, 1989; citata in Gordon, 2016). Sulla scia di queste elaborazioni Mohanty (1991) sostiene che il femminismo occidentale abbia esercitato una forma di imperialismo culturale, appropriandosi della produzione di conoscenza e imponendo narrazioni egemoniche alle donne del “terzo mondo”. Questo processo ha quindi creato una prospettiva distorta che pone l'occidente come punto di riferimento primario. Le conseguenze di ciò sono la priorità di alcune questioni rispetto ad altre, l'imposizione di modi specifici per le donne di emanciparsi e le limitazioni nella formazione di alleanze tra femministe occidentali e femministe provenienti da altri contesti (Mohanty, 1991). In antropologia ciò ha significato il superamento delle categorie essenzialiste (per esempio ‘donne africane o ‘donne musulmane’), smantellando astrazioni che erano e sono tuttora presenti (Fusaschi, 2021b). Non si poteva continuare a culturalizzare le “Altre” in nome di una sorellanza universale che le vedeva solo come subordinate, vittime o dominate. Era cruciale far emergere le loro voci e soggettività sul campo, invece di proiettare visioni dal Nord del mondo verso il Sud (Fusaschi, 2021b).

Questi studi hanno contribuito a ristabilire una prospettiva più consapevole dei processi in atto, riconoscendo il ruolo centrale delle donne come soggetti attivi nella storia e nella società, permettendo loro di acquisire consapevolezza della propria condizione (Busoni, 2000).

#### **2.4.1 La revisione femminista per la disciplina antropologica**

La discussione si riflette anche in termini metodologici in quanto il contributo della riflessione femminista ha ripensato anche al modo di fare etnografia. L'atto di posizionarsi intersoggettivamente con i soggetti comporta l'esperire una non neutralità dei generi le cui conseguenze nell'analisi non possono venire omesse (Fusaschi, 2021b). Le etnografie però si basavano su informatori uomini anche nel caso di tematiche riguardanti le donne: in questo modo hanno veicolato il punto di vista degli uomini (Lavenda e Shultz, 2021).

A questo proposito Ardener (1975; citata in Busoni, 2000) pubblica un saggio sul rapporto tra genere e lavoro etnografico. Rileva come dal punto di vista di chi osserva, il parametro del genere fosse completamente ignorato in termini teorici della ricerca e ciò si rifà alla stessa ideologia di genere che domina ogni campo accademico. Ardener (1975; citata in Busoni, 2000) inoltre argomenta che il punto di vista della donna veniva trascurato perché era omessa anche come attrice sociale o come fonte di spiegazione e interpretazione della società. La causa di tale pregiudizio è riconducibile al modo in cui chi studia è stato socializzato alla

disciplina: viene esclusa l'informatrice donna perché narrata come inaffidabile; diversamente un'analisi condotta sulla base di dati forniti da uomini non viene messa in discussione. Più approfonditamente Mahmud (2021) sostiene che la critica femminista all'oggettività scientifica ha rivoluzionato la scrittura etnografica, dando voce ai soggetti della ricerca e rifiutando la prospettiva disincarnata spesso presente nelle etnografie tradizionali. L'antropologia femminista enfatizza la riflessività, sostenendo che tutta la conoscenza è situata: avviene quindi il riconoscimento della posizione di chi fa etnografia nell'analisi dei dati del lavoro sul campo (Mahmud, 2021). Inoltre, tale riflessione nei confronti dell'etnografia ha comportato il conseguente fenomeno di rielaborazione delle società già descritte in lavori precedenti, al fine di ripristinare la conoscenza tematizzandola in termini di genere: si parla dei cosiddetti *restudies* (Busoni, 2000). In quest'ottica il genere, infatti, non è solo una categoria di analisi, ma anche una dimensione della vita sociale e delle relazioni tra chi studia e chi è studiato.

Un esempio a questo proposito è la critica di Strathern (1988; citata in Lavenda e Shultz, 2021) all'interpretazione di Levi-Strauss secondo il quale gli uomini melanesiani controllassero il potere riproduttivo delle donne. Infatti, Strathern (1988; citata in Lavenda e Shultz, 2021) spiega che deriva da una proiezione di categorie occidentali che leggono secondo una logica individuale e binaria il genere: nel caso melanesiano la prospettiva è 'dividuale'. Le persone si percepiscono androgine, costituite da elementi sia maschili che femminili, derivanti dalle persone antenate e consanguinee. Strathern fornisce così un quadro che testimonia come le discussioni sul sesso, sul genere e sulla sessualità fondate sul binarismo di genere siano figlie di letture occidentali e possano pregiudicare l'indagine sui soggetti (Lavenda e Shultz, 2021).

#### **2.4.1 Il caso italiano**

La differenza sessuale non è stata legittimata, né in Italia né all'interno della disciplina, come livello di analisi di pari dignità rispetto ad altre differenze (Fusaschi, 2021a). Pertanto, è considerata solo episodicamente come un fattore che determina il lavoro dell'antropologia. Tale parzialità è spesso stata contemplata come non sufficientemente valida, a differenza delle altre parzialità, riconosciute come fondamentali nel rapporto tra la soggettività di chi fa ricerca e i soggetti di ricerca (Fusaschi, 2021a). Infatti, l'antropologia e l'etnografia di genere e femminista, nonostante la loro storia oramai cinquantennale, risultano ancora piuttosto invisibili nei manuali di storia della disciplina.

In Italia va ricordato un convegno tenutosi a Modena nel 1987, che argomenta come la demotnoantropologia non partecipò, se non con interventi individuali, al filone dell'*Anthropology of Women* (poi *Feminist Anthropology*), di matrice anglo-statunitense e neanche all'*Anthropologie des sexes* di scuola francese. Il mancato posizionamento italiano, dovuto a un tardivo riconoscimento accademico della branca, avvenuto solo tra la fine degli anni Cinquanta e i primi anni Sessanta, fu dovuto secondo Papa (1988; citata in Fusaschi 2021b) alla debolezza strutturale dello statuto disciplinare e all'incerto radicamento di una prospettiva antropologica consapevolmente parziale e femminista. Un fare antropologia di genere e femminista avrebbe quindi ulteriormente indebolito la disciplina e lo specialismo in una parzialità, avrebbe causato la marginalizzazione delle studiose in questo ambito. La conseguenza di questa posizione ha tuttavia contribuito a rinforzare il pensiero stereotipato per cui «l'antropologia di genere si occupa delle donne e dei loro problemi dovuti alla 'condizione' sostanziale di vittime» (Fusaschi, 2021b, p.123). In tutto ciò viene omessa la dimensione innovativa propria dell'antropologia di genere e femminista che ha contribuito ad elaborare teorie e pratiche per de-costruire e de-essenzializzare alcuni concetti fondamento della disciplina, a partire da quelli di cultura e di potere (Fusaschi, 2021b).

Considerando quanto esposto, possiamo osservare come l'approfondimento delle tematiche legate al femminismo abbia gettato le basi per una comprensione più ampia della sessualità. Tuttavia, lo scenario che ha manifestato la necessità di un'indagine strutturata in questo ambito si riconduce all'epidemia di HIV. Questa emergenza sanitaria ha posto un'urgenza senza precedenti nell'indagare la sessualità umana e le sue molteplici sfaccettature.

## **2.5 L'insorgenza dell'Human Immunodeficiency Virus (HIV)**

Tenendo in sordina quanto sopra esposto, l'evento che ha scatenato la svolta fondamentale è stato l'avvento dell'HIV, quest'ultimo ha determinato un'urgenza nell'indagare la sessualità. Con la scoperta nel 1983 di Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montaignier del virus HIV che causa l'Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), si è registrata una notevole crescita di interesse accademico antropologico e biomedico sulla sessualità. Esplorerò questo sviluppo seguendo le tre fasi distintive dell'epidemia di AIDS, in base alla proposta avanzata da Mann (1987; citato da Aggleton e Parker, 2003).

Secondo questo studioso, la prima fase è costituita dall' infezione da HIV che, penetrando silenziosamente e inosservata nelle comunità, si è estesa per molti anni senza essere percepita o compresa. Il virus si trasmette attraverso varie modalità: rapporti sessuali non protetti con una persona infetta da HIV, la condivisione di aghi e siringhe contaminati, da una persona sieropositiva durante il parto e l'allattamento e, infine, attraverso la trasfusione di sangue e prodotti ematici (Kippax, 2012). Si consideri però che il contagio tramite rapporti sessuali è riconosciuto come la via principale di infezione (UNAIDS, 2008; citato in Erickson, 2011). La seconda fase è rappresentata dall'epidemia di AIDS - una sindrome di malattie infettive che può manifestarsi a seguito della contrazione del virus, ma generalmente solo dopo un certo numero di anni di latenza dello stesso (Mann, 1987; citato da Aggleton e Parker, 2003). Non esistendo un vaccino per prevenire l'infezione da HIV né farmaci per curare l'AIDS, la prevenzione è l'unica strategia praticabile per contenere la diffusione della malattia.

Divenne presto chiaro che la penuria di informazioni sul comportamento sessuale delle persone depotenziasse la progettazione di interventi efficaci. Infatti, i dati sui parametri del contatto sessuale nella popolazione generale erano disperatamente necessari sia all'epidemiologia, per comprendere la trasmissione dell'HIV, che al personale di assistenza sanitaria per la progettazione delle strategie di prevenzione (Erickson, 2011). In un clima che afferma il primato biomedico alla questione, ci si è concentrato principalmente sugli aspetti biologici e clinici del virus, trascurando l'importanza delle componenti sociali, psicologiche e culturali. Il ruolo delle scienze sociali fu anche quello di recuperare questi fattori inizialmente ignorati, poiché essi contribuivano alla diffusione del virus e causavano significativi sconvolgimenti nel modo in cui la sessualità era vissuta e percepita, incidendo profondamente sulla sfera privata delle persone. Si mise in moto un apparato globale di ricerca che, attraverso fondi dedicati alla ricerca, sia a livello nazionale che internazionale, riviste specializzate, conferenze e incontri, iniziò ad approfondire i rapporti sessuali, la frequenza e il comportamento sessuale dei soggetti (Erickson, 2011).

La terza fase dell'epidemia è legata a questo fermento e si rifà alle risposte sociali, culturali, economiche e politiche all'AIDS (Mann, 1987; citato da Aggleton e Parker, 2003). Infatti da metà degli anni Ottanta ha iniziato a prendere forma un'indagine internazionale sotto la guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e un decennio più tardi l'intero sistema delle Nazioni Unite sarebbe stato coinvolto con la creazione del Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS). Inoltre il coinvolgimento disciplinare del mondo biomedico ha comportato delle formulazioni di soluzioni con impatti sociali non indifferenti (Cáceres e Race, 2012). Contemporaneamente le politiche

internazionali sull'AIDS mancavano di «responsabilità epistemica» (*epistemic responsibility* nella perifrasi originaria di Reid 1991; citato da Schoepf, 2001, p. 339) in quanto emarginavano deliberatamente le scienze sociali critiche oscurando così le disuguaglianze politiche ed economiche che guidavano la pandemia (Schoepf, 2001). Infatti, in linea con l'universo epistemologico della biomedicina, si possono rintracciare discorsi sull'eziologia del virus e ipotesi di prevenzione che esercitano forme di controllo sulla sfera del sesso e dei comportamenti sessuali (Cáceres e Race, 2012).

Iniziarono quindi ad emergere studi sui modelli di comportamento sessuale di persone presumibilmente designate come ad “alto rischio” come ad esempio *sex workers*, uomini che fanno sesso con gli uomini (*men who have sex with men* - MSM), utenti di droghe per via endovenosa, utenti di crack (Erickson, 2011). Questa improvvisa attenzione durante l'epidemia segna un cambiamento significativo rispetto alla precedente trascuratezza di persone collocate ai margini dalla cultura dominante ed eteronormativa (Vance, 1991). Questa targettizzazione ha dimostrato avere in potenza delle problematiche perché ha rafforzato una percezione stigmatizzata di tali gruppi: nello specifico, con richiami ai modelli patologizzanti dell'omosessualità che enfatizzano inoltre la logica identitaria dicotomica tra eterosessualità e omosessualità validata da premesse biologizzanti, l'idea della maggiore promiscuità sessuale e varietà dei comportamenti sessuali di questo gruppo in realtà eterogeneo, ecc. Ciò ebbe delle implicazioni rilevanti anche nel rafforzare i modelli essenzialisti dei contesti biomedici e i modelli di influenza culturale in antropologia (Vance, 1991).

Inoltre, l'identificazione di tali popolazioni a rischio si inserisce in una retorica del discorso sulla salute pubblica che fa parte di un processo egemonico che aiuta le categorie dominanti a mantenere e rafforzare il funzionamento di un determinato ordine sociale stabilito (Schoepf, 2001), oltre che riattualizzare retoriche patologizzanti dell'omosessualità, che verrà difatti tolta dall'OMS dalla lista delle malattie mentali solo nel 1990. Nello specifico, tale processo avviene perché il modello biomedico facilita la patologizzazione dell'omosessualità attraverso una sua associazione al rischio di contrarre la malattia. Inoltre si è ri-intensificato un processo di medicalizzazione della sessualità<sup>4</sup>: le persone hanno sempre più frequentemente individuato nelle autorità mediche un punto di riferimento per

---

<sup>4</sup> Fino a pochi decenni prima, l'omosessualità, così come la bisessualità e la transessualità erano soggette a trattamenti medici volti alla loro “cura” (Foucault, 1976).

ottenere informazioni e consigli (Vance, 1991), conferendo così alla biomedicina una forma di dominio sulla sfera sessuale.

In contrasto con le riflessioni del costruzionismo sociale, gli approcci biomedici alla sessualità che si sono radicati in seguito alla scoperta del virus dell'HIV considerano la sessualità come derivata dalla fisiologia e da un funzionamento del corpo universalmente inteso. Come dibattuto nel corso del primo capitolo, i modelli biomedici tendono a non riflettere sulla storicità della scienza e della pratica medica nella costruzione di categorie come 'corpo' e 'salute'. In questo modo, discussioni apparentemente incentrate sulla salute e sulla malattia, si sono impregnate di valenze morali legate alle dinamiche di potere dei rapporti di genere e sociali. Infatti, tali prescrizioni sulla sessualità, mascherate dalla legittimazione medica, hanno un forte riflesso politico. La rappresentazione sociale dell'obiettività e della neutralità del discorso medico e scientifico crea l'opportunità per un maggiore intervento governativo e professionale (Vance, 1991). Pertanto, in questa terza fase dell'epidemia (Mann, 1987; citato da Aggleton e Parker, 2003) si affermarono processi di stigmatizzazione e discriminazione in rapporto all'HIV.

### **2.5.1 HIV e stigma**

Ritengo quindi ora opportuno soffermarmi sui meccanismi di produzione dello stigma. Innanzitutto, la stigmatizzazione e la discriminazione devono essere intese come processi sociali che possono essere compresi solo in relazione a concetti più ampi di potere e dominio. Lo stigma è quindi da rileggere come elemento che svolge un ruolo chiave nella produzione e nella riproduzione delle relazioni di potere e controllo, provocando la svalutazione di alcuni gruppi in favore di altri (Goffman, 2003; Aggleton e Parker, 2003).

Foucault (1993) teorizza la stigmatizzazione come fondamentale all'istituzione e al mantenimento dell'ordine sociale. Infatti, la formulazione del cosiddetto "innaturale" è necessaria per la definizione di ciò che è considerato "naturale", quella dell'"anormale" è necessaria per la definizione della "normalità": quindi tale produzione sociale della differenza è legata ai regimi stabiliti di conoscenza e potere. Analogamente, per Bourdieu, il potere si trova al centro della vita sociale ed è usato per legittimare le disuguaglianze di *status* all'interno della struttura sociale. La socializzazione culturale pone quindi individui e gruppi in posizioni di competizione per *status* e risorse e giustifica come gli attori sociali

lottino e perseguano strategie mirate a raggiungere i loro interessi specifici. La 'violenza simbolica' descrive il processo attraverso il quale i sistemi simbolici (parole, immagini e pratiche) promuovono gli interessi dei gruppi dominanti così come le distinzioni e le gerarchie di classificazione tra di essi, legittimando così tale ordine e convincendo le persone dominate o subordinate ad accettare le gerarchie esistenti attraverso processi di egemonia. Lo stigma è quindi impiegato da agenti sociali concreti e identificabili che cercano di validare il proprio stato all'interno delle strutture esistenti di disuguaglianza sociale (Bourdieu, 1998; Aggleton e Parker, 2003).

In questo senso, il processo di stigmatizzazione si configura come un fenomeno che produce una correlazione tra l'HIV e l'AIDS all'economia politica globale e alla conseguente esclusione sociale. L'AIDS, quindi, è da rileggere come un'epidemia di significati (Treichler, 1999) per la quale le condizioni sociali concorrono alla diffusione del virus. A questo proposito colgo l'occasione per riprendere il pensiero di Farmer (2006) che consente, attraverso la sua analisi, di riflettere sui flussi di potere più vasti che, se silenziati, rendono impossibile comprendere la relazione tra il virus in questione e i rapporti sociali. Farmer (2006) propone una definizione del virus dell'HIV come qualcosa di materiale (ovvero di tangibile e organico), in linea con l'approccio materialista perpetuato dall'autore. Infatti, secondo questa visione, si allude alla «materialità del sociale» (Farmer, 2006, p. 43), per richiamare all'esplorazione di ogni aspetto dei contesti sociali, in particolare di quello corporeo e delle logiche di produzione economica.

È a partire da questo presupposto che si colloca l'importanza della violenza strutturale nell'indagine del complesso fenomeno dell'HIV/AIDS. Questo concetto rivela i complessi ingranaggi di un vasto sistema radicato nell'economia politica, un fenomeno che si manifesta attraverso la violenza esercitata in modo sistematico da chi occupa determinate posizioni sociali. Questa forma di antropologia illumina lo studio dei meccanismi sociali dell'oppressione, con particolare attenzione ad analizzare i ruoli giocati dall'oblio della memoria storica e da altre forme di desocializzazione che generano condizioni strutturali complici. Si parla dell'importanza della memoria perché «la storia bio-sociale» (Farmer, 2006, p. 42) dell'HIV è spesso stata oscurata da forze egemoniche, che hanno così occultato la centralità di fattori storici ed economici nella sua distribuzione. Su questo sfondo deve operare un'antropologia medica che possa comprendere come questa violenza mieta le sue vittime, considerando che l'AIDS rappresenti una delle principali cause di morte nel mondo contemporaneo e che la sua causa è l'impatto sul corpo umano di forze sociali. La violenza strutturale si traduce in sofferenza sociale e contribuisce al rischio di AIDS.

In altre parole, potere e disuguaglianza socio-economica hanno un ruolo chiave nel determinare la salute delle popolazioni (Schoepf, 2001). Particolarmente rilevante è il caso-studio dell'autore, Haiti, in cui l'AIDS si è diffusa attraverso il turismo sessuale tra persone statunitensi ed haitiane, un fenomeno alimentato dalle disuguaglianze economiche in linea con il più ampio scenario globale di dipendenza economica tra Haiti e gli Stati Uniti (Farmer, 2006).

## **2.6 Verso la contemporaneità: riflessioni sulla prevenzione in favore di un paradigma dei diritti sessuali**

Dagli inizi del XXI° secolo si è verificata una situazione paradossale. Si è registrato un ampliamento di informazioni su comportamenti e pratiche sessuali, tuttavia sconnessi da un'analisi più profonda sul contesto in cui questi dati venivano prodotti e sul significato che i soggetti vi attribuivano. In altre parole, abbondavano dati su cosa facessero le persone, con chi e con quale frequenza, ma non si indagava come le persone prendessero o meno decisioni riguardo al sesso, specialmente se messe in relazione alle possibilità di incorrere in esiti indesiderati (MST, HIV, gravidanze non intenzionali).

Le domande contemporanee più pressanti su salute sessuale e riproduttiva si sono quindi orientate sull'approfondire le scelte apparentemente "non razionali" (dal punto di vista del personale della salute) che le persone intraprendono (Erickson, 2011). In questo senso però, finché la ricerca sulla salute sessuale e riproduttiva è dipesa dai metodi più strettamente quantitativi, si è in gran parte fallito nel restituire la complessità delle motivazioni umane, dei vincoli sociali e culturali e delle necessità politiche ed economiche che influiscono sul comportamento sessuale. Attraverso metodi di ricerca qualitativi si può provare a richiamare l'attenzione sulle dinamiche che direzionano la capacità individuale a prendere decisioni (e agirle) per raggiungere i propri obiettivi riguardanti la salute sessuale e riproduttiva. Finché però la ricerca nell'ambito sessuale è stata condotta sotto l'egida della salute pubblica e della biomedicina spesso tale focalizzazione emica è stata disincentivata (Erickson, 2011).

A questo proposito ritengo rilevante fornire come esempio una campagna di prevenzione dell'HIV che ha fallito per l'incapacità di affrontare nelle sue proposte i fattori socioculturali e politici che determinano e producono il rischio sessuale.

### 2.6.1 Limiti delle strategie comportamentali per la prevenzione dell'HIV

Dagli anni Duemila, alle strategie di prevenzione biomedica (che verranno approfondite nei capitoli seguenti) si è provato ad accostare un piano comportamentale del PEPFAR (*US President's Emergency Programme for AIDS Relief* - programma di emergenza della presidenza per il soccorso AIDS). Quest'ultimo propone la strategia 'ABC': Astinenza, fedeltà (*Be faithful*) e uso del preservativo (*use of Condoms*).

Per quanto questa campagna dimostri un tentativo di concentrarsi sui comportamenti sessuali delle persone per elaborare strategie di prevenzione, ci sono varie dimensioni che sono state omesse nella sua progettazione e che ne hanno determinato l'inadeguatezza.

Risulta infatti subito evidente come la fedeltà si collochi come una prescrizione morale corollaria a rapporti monogamici, caricando una pratica sessuale di una valenza normativa finalizzata alla prevenzione della salute (Cáceres e Race, 2012; Kippax, 2012). Inoltre, tali interventi comportamentali si basavano su teorie cognitive sociali che presupponevano che gli individui avessero il potere di prendere decisioni basate su scelte razionali, trascurando così gli scenari in cui le persone non decidevano cosa fare sessualmente a causa di squilibri di potere con partner sessuali/sentimentali o di più ampie condizioni di vulnerabilità (Cáceres e Race, 2012).

Inoltre è sempre bene considerare che l'*efficacy* (termine che indica il miglioramento di uno stato di salute ottenuto in circostanze ideali) di un programma, comportamentale o biomedico, deve fare i conti con l'*effectiveness*, ossia, l'impatto che un intervento ottiene nel mondo reale, in condizioni di limitazione delle risorse, in rapporto a intere popolazioni o a specifici sottogruppi di una popolazione (Kippax, 2012). L'*effectiveness* quindi è una dimensione fondamentale che nella sua formulazione riesce a restituire il più complesso sistema in cui i piani comportamentali di prevenzione si inseriscono. La scarsa efficacia riscontrata in molti programmi basati su tali modelli di condotta individuale ha generato un consenso sull'inadeguatezza di tali strategie. Questo ha stimolato lo sviluppo di altri approcci che adottano una prospettiva sociale e strutturale (Cáceres e Race, 2012).

Bisogna infatti tenere presente che il comportamento individuale è sempre mediato e strutturato dalle relazioni sociali che, a loro volta, sono attraversate da importanti differenze di comunità, *status* sociale, classe e altre dinamiche strutturali: l'azione individuale è sempre socialmente incorporata (Kippax, 2012). Inoltre, le pratiche sessuali che possono attenuare la trasmissione dell'HIV sono integrate anche in sistemi normativi, in questo senso un

mutamento comportamentale è da ancorare ai processi di socializzazione, a disposizioni individuali e vincoli strutturali: non basta un manifesto programmatico affinché la correzione venga automaticamente incorporata. L'uso del preservativo e la fedeltà sono pratiche il cui successo dipende dalla comprensione e dall'accettazione delle persone rispetto alle loro relazioni e pratiche sessuali individuali (Kippax, 2012). Un programma di prevenzione efficace deve inoltre valutare le circostanze locali e specifiche delle popolazioni e delle comunità che cerca di coinvolgere nel sesso “sicuro”.

L'antropologia medica può contribuire notevolmente allo sviluppo di un paradigma della salute sessuale e riproduttiva che possa restituire l'importanza di elementi come la motivazione individuale, la negoziazione, le norme sociali, i vincoli governativi e dell'economia politica globale nell'esperienza sessuale umana (Erickson, 2011). Lo può fare riconoscendo come elemento essenziale il carattere politico – e quindi pubblico – della vita sessuale delle persone, attraverso una comprensione dettagliata dei modi in cui il rischio è prodotto localmente attraverso fattori sociali e culturali, ma tenendo a bada i rischi di culturalizzare vincoli, desideri e espressioni della sessualità. Diviene quindi fondamentale discostarsi da una visione apolitica per riconoscere i rapporti di potere che attraversano le pratiche sessuali nelle diverse società. Le disuguaglianze strutturali come l'accesso limitato alle risorse e le disparità di genere, così come l'esclusione delle minoranze sessuali ed etniche, rappresentano barriere significative al cambiamento dei comportamenti (Cáceres e Race, 2012).

### **2.6.2 Salute sessuale: una prospettiva sui diritti umani e analisi della vulnerabilità**

Aperta questa discussione sulla prevenzione, è opportuno inserire alcune precisazioni sui limiti della riflessione sulla salute sessuale. Questo approfondimento servirà a introdurre una prospettiva dei diritti sessuali basata sul concetto di ‘consenso’, offrendo un punto di partenza per trattare dell'analisi della vulnerabilità. Infatti, dalla fine degli anni Novanta, il concetto di ‘vulnerabilità’ è diventato un elemento chiave nel dibattito internazionale sull'HIV (Cáceres e Race, 2012). In questo paragrafo mi soffermo su alcune questioni che verranno riprese anche dei prossimi capitoli.

Innanzitutto, è bene interrogarsi su cosa venga associato alla formulazione stessa di 'salute sessuale'. Da un lato essa include le varie sfumature della sfera sessuale: desideri, fantasie e

relazioni di genere governate da dinamiche di potere e *script* sessuali invisibilizzati. Dall'altro, si sottolinea il rischio della carica normativa delle nozioni legate alla salute sessuale che classificano alcune pratiche come sessualmente "sane", determinando la stigmatizzazione di altre, considerate evidentemente "non-sane" o "scorrette" (Chandiramani, 2012). Un esempio evidente e già accennato nel precedente paragrafo è quello della monogamia che, promossa come pratica *standard* in funzione preventiva per l'HIV, in realtà si colloca all'interno di un sistema simbolico più ampio che regola i rapporti tra persone promuovendo e normalizzando dinamiche monogamiche a scapito di altre.

All'interno di questa discussione si ipotizza uno scenario multidimensionale che riconosca che le persone abbiano desideri sessuali diversi e che il sesso venga compreso ed espresso in modi eterogenei in luoghi e tempi distinti. Pertanto, quando si parla di 'salute sessuale' si propone una concezione del termine in cui sia considerata l'*agency* delle persone rispetto alla propria vita sessuale, pur però tenendo presente il sesso come pratica relazionale, anche quando non c'è un'altra persona fisicamente presente (Chandiramani, 2012; Padgug, 1979). La sessualità è infatti vista come un insieme di atti incorporato nelle interazioni sociali. Gli individui partecipano attivamente alla creazione e alla negoziazione di significati e pratiche sessuali attraverso il loro impegno con altre persone che fanno parte della società (Padgug, 1979). Nello specifico, anche se non ci sono corpi in contatto tra loro, come può essere nel caso del *sexting* o del sesso *online*, ci sono comunque due o più immaginazioni in gioco, ciascuna che esercita il suo potere sull'altra. Quando si tratta di corpi effettivamente in contatto, il potere - e lo scambio o l'affermazione di esso - diventa più evidente (Chandiramani, 2012).

Chandiramani (2012) propone di ricollocare la riflessione legata alla salute sessuale all'interno del più vasto paradigma dei diritti umani. Questi ultimi hanno come nucleo il principio del consenso come regolatore del comportamento sessuale, scardinando logiche culturalmente legate alla procreazione, al matrimonio o ai rapporti di genere. Infatti, i diritti sessuali si plasmano sui principi etici fondamentali dell'integrità corporea, dell'autonomia, dell'equità e della non discriminazione (Corrêa e Petchesky, 1994; citati in Chandiramani, 2012). Il consenso pertanto implica che una persona abbia acconsentito volontariamente, di propria libera scelta, a partecipare a un'attività, con una conoscenza adeguata delle sue possibili conseguenze. In questo senso, i diritti sessuali riconoscono che le persone attribuiscono significati diversi a differenti atti sessuali: ciò che per una persona può essere altamente erotico, per un'altra potrebbe essere inaccettabile (Rubin, 1984; citata in

Chandiramani, 2012). Similmente, una prospettiva antropologica aiuta a considerare anche che alcune pratiche ritenute sessuali in contesti euro-americani, possono non esserlo in altri e, di conseguenza, potrebbero non emergere in interviste o in questionari. Se anziché basarsi sul genere, il consenso venisse adottato come norma per gli *standard* di legittimità sessuale, ciò porterebbe a sdoganare i diritti delle persone storicamente omesse da logiche identitarie e stigmatizzanti, a favore di una tutela universalista del diritto sessuale. Inoltre, secondo il paradigma dei diritti sessuali, un atteggiamento giudicante verso le espressioni di genere e sessuali delle persone si colloca come una forma di violenza ben più che simbolica (Chandiramani, 2012).

Richiamando ora l'analisi della vulnerabilità, che come premesso all'inizio del paragrafo, divenne centrale nel dibattito internazionale sull'HIV degli anni Novanta (Cáceres e Race, 2012), vediamo che questa si struttura solitamente attraverso tre fasi.

La prima fase riguarda l'identificazione dei fattori fisici, psicologici e comportamentali che predispongono le persone a problemi di salute. La seconda esamina le dimensioni sociali più profonde della vulnerabilità - politiche, economiche, istituzionali, culturali e morali - in modo da riconoscere gli elementi contestuali che la determinano. Infine, ci si sofferma sul modo in cui particolari politiche, programmi e servizi hanno il potenziale di mitigare o aumentare la vulnerabilità all'HIV (Paiva, Ayres e Gruskin, 2012).

Tuttavia sono rintracciabili delle problematicità in questo approccio in quanto l'identificazione di gruppi come vulnerabili non ne riconosce l'*agency* e può supportare strategie paternalistiche. Parlare di vulnerabilità *tout court* significa negare l'*agency* delle persone oppresse. Inoltre, la percezione di categorie "vulnerabili" può oscurarne le condizioni causali strutturali, privando così la critica sociale del suo valore (Schoepf, 2001). Al contempo, le pratiche sessuali dei gruppi dominanti, quindi non ritenuti "vulnerabili", come ad esempio gli uomini eterosessuali, sono spesso rimaste in gran parte non esaminate (Cáceres e Race, 2012).

Ricollegandomi però a quanto espresso nel paragrafo precedente, bisogna riconoscere che questo quadro abbia facilitato al discorso sulla prevenzione dell'HIV una progettazione più consapevole per le popolazioni chiave (formulazione adottata per evitare le connotazioni associate al concetto di 'vulnerabilità'<sup>5</sup>). Ciò ha portato, ad esempio, ad esaminare leggi che

---

<sup>5</sup> Per quanto siano state mosse delle critiche sulla mancanza della dimensione di *agency* nell'uso del termine 'vulnerabilità', sarebbe riduttivo associarlo solamente a tale lettura. Pertanto, è bene evidenziare anche le

penalizzano comportamenti come le sessualità non eteronormative, il lavoro sessuale o l'uso di droghe, oltre alla necessità di porre fine alle violazioni dei diritti umani nei confronti dei gruppi coinvolti. Tali azioni non solo riconoscono barriere strutturali alla prevenzione e alle cure dell'HIV, ma promuovono anche i diritti umani in sé (Cáceres e Race, 2012).

In ogni caso, l'obiettivo di promuovere la salute sessuale e i diritti delle persone sieropositive è stato raggiunto solo nel 2006, con la pubblicazione in un documento dell'UNAIDS con dichiarazioni a sostegno della salute sessuale e riproduttiva e i diritti delle persone sieropositive (Paiva, Ayres e Gruskin, 2012). Questo ritardo nel rispondere ai bisogni di salute sessuale e riproduttiva delle persone sieropositive è dovuto allo stigma che, associato sia alla sessualità che all'HIV, influisce sulla vita quotidiana delle persone sieropositive, delle persone con cui hanno relazioni e rapporti e delle loro famiglie. In particolare, non sono viste come "persone riproduttive", ma piuttosto come persone infette che devono essere trattate come tali (Paiva, Ayres e Gruskin, 2012).

## **2.7 Conclusione**

Questa analisi ha delineato un quadro sullo sviluppo degli studi sulla sessualità, considerando la marginalità di quest'ultima nei discorsi accademici precedenti e le influenze del relativismo culturale fino agli anni Duemila. Tuttavia, dagli anni Ottanta agli anni Novanta si afferma una critica al modello dell'influenza culturale in favore dell'adozione di prospettive costruzioniste. Si menziona l'influenza di Foucault nel considerare la sessualità come un costrutto sociale e il ruolo del potere nella sua definizione. Inoltre, il contributo del femminismo emerge come fondamentale nel promuovere una visione più complessa della sessualità, sfidando le concezioni tradizionali che legano il genere a disposizioni biologiche.

---

accezioni di Fineman (2010) e Mackenzie et al. (2014). Il concetto di 'vulnerabilità situazionale' (Mackenzie et al., 2014) è particolarmente rilevante perché permette di riflettere sull'influenza di fattori personali, economici, sociali e culturali che determinano il grado di vulnerabilità di una persona. Questa visione si allinea bene con il paradigma del riconoscimento dei diritti proposto da Fineman (2010), che si basa su obiettivi diversificati di uguaglianza, tenendo conto delle disuguaglianze che affliggono le persone. Secondo Fineman (2010), il soggetto è visto in un'ottica di dipendenza o interdipendenza con il contesto in cui si trova, pertanto la sua specifica condizione di vulnerabilità è un punto di partenza ontologico (Mackenzie et al., 2014) per promuovere l'uguaglianza come reciprocità e mutuo riconoscimento.

Questa prospettiva invita a esaminare i cambiamenti nel comportamento sessuale in relazione ai movimenti più ampi nell'organizzazione del genere e della sessualità all'interno delle relazioni sociali. Infine, l'epidemia di HIV ha portato a un'intensa ricerca globale sui comportamenti sessuali; la focalizzazione su gruppi ritenuti a rischio ha causato una percezione stigmatizzata di tali popolazioni, rafforzando modelli patologizzanti e medicalizzanti che hanno conferito alla biomedicina un dominio sulla sfera sessuale. La proliferazione di stereotipi e discriminazioni legati all'HIV ha spinto ad una riflessione sul funzionamento dei processi di stigmatizzazione.

In seguito, la riflessione si è spostata sull'importanza dell'antropologia critica della salute che permette di rilevare come la violenza strutturale contribuisca alla diffusione dell'AIDS e alla sofferenza sociale, con potere e disuguaglianza che giocano un ruolo chiave nella determinazione della salute delle popolazioni. Queste considerazioni sono fondamentali nell'esaminare come l'approccio adottato dal PEPFAR nell'affrontare l'HIV/AIDS attraverso strategie comportamentali trascuri la complessità di tali dinamiche strutturali. È necessario considerare l'impatto delle relazioni sociali e delle disuguaglianze anche nella progettazione delle campagne di prevenzione e di intervento. Questi fattori influenzano i comportamenti sessuali e devono essere integrati nella pianificazione delle strategie preventive. Infine, si propone che l'antropologia medica possa contribuire a un paradigma più completo della salute sessuale e riproduttiva, riconoscendo il carattere politico delle pratiche sessuali e affrontando quindi le disparità nell'accesso alle risorse. In questo senso, l'analisi della vulnerabilità nel contesto dell'HIV ha restituito alle politiche di prevenzione l'importanza di riconoscere le barriere strutturali alla prevenzione stessa, al fine di promuovere la salute sessuale come diritto fondato sul consenso come regolatore del comportamento sessuale.

## Capitolo terzo

### **Geografia del potere e distribuzione dell'HIV: una contestualizzazione teorica delle tecnologie biomediche per il trattamento e la prevenzione del virus**

#### **2.1 L'HIV nel contesto globale: tra terapia e sacrificabilità**

L'intenzione finale di questa tesi è quella di offrire una riflessione su come l'affermazione del modello di *self-management* nei contesti di cura, conseguente ad uno scenario biomedico altamente medicalizzante e riduzionista, abbia influito negli sviluppi nell'ambito del trattamento e della prevenzione dal virus HIV.

In termini terapeutici il modello di *self-management* ha riconfigurato il trattamento dell'infezione all'interno di una logica della cronicità della diagnosi. Dal punto di vista preventivo, l'avvento della Profilassi Pre-Esposizione (PrEP) rappresenta un caso esemplare di come la biomedicalizzazione abbia avuto un effetto trasformativo sui soggetti che sviluppano percezioni farmacologizzanti del proprio corpo. La PrEP è un farmaco che impedisce al virus dell'HIV di riprodursi nel corpo. Viene assunto da persone sieronegative, in maniera diversificata in base al proprio organo genitale, e previene dalla contrazione dell'infezione in caso di rapporti sessuali non protetti.

Questo punto verrà ripreso nei paragrafi a seguire più diffusamente, dove ne verranno esplorati in dettaglio i suoi vari aspetti e le sue implicazioni. Infatti, per arrivare a tali riflessioni, ritengo coerente restituire il *framework* teorico in cui si contestualizzano le tecnologie biomediche in circolazione per il trattamento dell'infezione da HIV, approfondendo nello specifico i processi di biomedicalizzazione e farmacologizzazione. Per potermi soffermare su di esse però non posso esimermi dallo sviluppare ulteriormente una grande premessa già precedentemente introdotta legata alle dinamiche di potere globali che la diffusione dell'HIV ha esplicitato. Infatti l'altamente diversificato accesso alla sanità palesa una complessa distribuzione della sofferenza sociale, la cui origine e le cui conseguenze ricalcano le fratture delle forze sociali sull'esperienza umana (Quaranta, 2006).

Quindi, se da un lato l'epidemia di HIV/AIDS, particolarmente vincolata a diseguaglianze sociali e configurazioni dell'economia politica, ha consentito un'analisi critica in linea con

l'indagine alla sofferenza sociale, dall'altro ha aperto degli scenari di riflessione legati agli studi sociali delle tecnologie biomediche. L'HIV/AIDS offre quindi degli spunti di discussione peculiari in quanto si presenta contemporaneamente come segno e conseguenza della tarda modernità: più precisamente Comaroff (2006, p. 67) si esprime rispettivamente in termini di «riconoscimento dell'individuo e annichilimento della specie». L'epidemia è quindi da intendere come *exemplum* per cui il privilegio occidentale mobilita le sue possibilità biomediche di guarigione, con l'infezione che rientra nel paradigma della cronicità; contemporaneamente, le regioni oppresse del mondo fanno esperienza della possibilità di sacrificio decretata da logiche di aggiustamento strutturale e di dipendenza dall'interventismo umanitario, che altro non fanno che agire in termini di ricolonizzazione terapeutica (Nguyen, 2006).

Pertanto, se la distribuzione dell'HIV sul globo risponde ad una geografia del potere, ne consegue che la biomedicina fiorisce accanto alla disuguaglianza strutturale. Partendo infatti dalla premessa che il corpo viene considerato un oggetto storicamente plasmato dalle circostanze socio-culturali, sia per modalità di conoscenza che di intervento, si può affermare chiaramente che esso sia anche una realtà storicamente determinata. Infatti, si costruisce non solo nella misura in cui è attraversato dalle forze sociali legate all'ambito della salute, ma anche rispetto a come gli individui agiscono localmente su di esso. In ogni caso, ciò che accomuna le sue diverse forme di socializzazione è il concetto di potere. Quindi, più le politiche di intervento sui corpi dipendono dalla circolazione di sostanze biologicamente attive, come i farmaci, più si afferma un primato che si regge sull'idea di «cittadinanza biologica» (Rose, 2008, p.10), che associa l'esercizio dei diritti e dei doveri civili alla diffusione delle culture terapeutiche, dei farmaci e ai comportamenti relativi alla salute. La dimensione biologica diviene indagabile nella sua permeabilità sociale in base all'impatto diversificato sui corpi delle categorie oppresse, in rapporto all'ineguaglianza sociale (Nguyen, 2006).

Per questo motivo, come già accennato, sebbene la mia tesi si concentrerà sulla PrEP, una delle strategie di prevenzione biomediche più recenti, credo tuttavia sia importante, per non cadere in letture riduttivistiche e statiche, dedicare ancora alcuni paragrafi a ricostruire come l'accesso a tecnologia e immaginario biomedico da parte del Sud del mondo avvenga con un grado di complessità e consenta di analizzare specifiche dinamiche locali di contestazione e ri-appropriazione. Infine, prima di procedere oltre, vorrei precisare che, in questa fase della discussione, adotterò una scelta terminologica basata su criteri socio-economici. Infatti,

seguendo la proposta avanzata da Boatcă (2015) in un'intervista, mi riferirò a Nord e Sud del mondo per qualificare la divisione globale caratterizzata in termini di Paesi ad alto reddito e Paesi a medio-basso reddito, pur nella consapevolezza dell'esistenza di differenze di *status* e di condizione socio-economica interna a queste macro-aree geografica e in ciascuna specifica società. Ritengo necessaria questa premessa perché è ragionevole tenere sempre presente che l'atto di categorizzazione che ha portato alla cartografia globale moderna è strettamente legato all'espansione coloniale e imperiale dell'Europa occidentale (Boatcă, 2015).

### **3.1.1 Il caso della sacrificabilità dell'Africa**

L'epidemia di HIV/AIDS è anche il risultato di processi sociali e, per ricostruirne la logica di dispersione nel globo, è appropriato soffermarsi su come l'economia politica abbia influenzato la biologia umana (Farmer, 1999; citato da Nguyen, 2006).

Affermatosi in una fase di ristrutturazione degli assi di un mondo bipolare, dello Stato-nazione e delle strutture del capitalismo, il virus è stato «segno e vettore della globalità di un nuovo ordine-in-formazione» (Comaroff, 2006, p. 53). Pertanto, se inizialmente ha imperversato nel Nord del mondo, l'HIV si è velocemente disperso lungo le linee di faglia della società (Schoepf, 2001). I dati più recenti sono tuttora rivelatori: in particolare, alla fine del 2022, circa 39 milioni di persone erano affette da HIV nel mondo, con una stima di 25,6 milioni di casi nella regione africana. Si stima inoltre che nella regione europea ci siano stati circa 3,0 milioni di casi, mentre in quella mediterranea il numero sia approssimabile a 490.000 casi. Nelle Americhe, circa 3,8 milioni di persone risultano infettate, mentre nella regione del Sud-Est asiatico il numero sale a circa 3,9 milioni. Infine, nel Pacifico occidentale si stimano 2,2 milioni di casi (World Health Organization, 2023). Di conseguenza, circa il 65,6% dei casi di HIV si trova nella regione africana. L'Africa subsahariana è infatti stata la regione più afflitta dall'AIDS ed è stata al centro di dispute nell'arena politica a partire dal potere di definizione che risiede nella biomedicina (Schoepf, 2001).

L'epidemia ha infatti messo in evidenza la collisione del sistema organizzativo e immunitario del continente africano con le conseguenze ancora presenti dell'imperialismo: la malattia ha palesato le divisioni coloniali scolpite dal paesaggio apparentemente immacolato del mondo occidentale. Ogni sforzo volto a combattere l'infezione ha inoltre

permesso di riscontare come le soluzioni che consistono in possibilità farmacologizzanti alimentino la dipendenza neocoloniale (Comaroff, 2006). La rotta a Sud dell'AIDS è portatrice di un'alterità che, evocando uno scenario di «*apartheid* biologica» (Nguyen, 2006, p. 78), ha superato, nelle immagini della malattia trasmesse dai media occidentali, il paradigma orientalista di Said. Quest'ultimo svelava i processi di costruzione dell'egemonia delle idee europee sull'oriente, le quali erano funzionali a reiterare il primato occidentale sull'arretratezza orientale (Said, 1991). Said (1991) sostanzialmente teorizzava come l'occidente perpetuasse una sua superiorità posizionale nella sua relazione con l'oriente attraverso modalità che non facessero mai perdere il vantaggio relativo. Tuttavia, il dilagare del virus in Africa fornisce un caso di superamento di questa visione. L'epidemia ha riconfigurato il continente come gravido di una «miseria endemica» (Comaroff, 2006, p. 55), in un nuovo modello in cui l'asse del male viene addirittura sostituito dall'asse dell'irrilevanza (Comaroff, 2006).

Sceva del suo rilievo geopolitico, l'Africa viene ridotta a terra poco redditizia per il mercato delle merci, per fare spazio a filantropia e avventure occidentali (Schoepf, 2001; Comaroff, 2006). La rappresentazione sociale delle persone africane come «abiette, indocili e comunque condannate ad un destino funesto» (Comaroff, 2006, p. 55) si interseca alla retorica stigmatizzante della malattia, che altro non è che una politicizzazione della malattia stessa (Comaroff, 2006). Ciò ha generato complessi significati culturali e psicologici a partire dall'idea di passaggio legata ai fluidi corporei, al sesso, alla riproduzione e alla morte; l'AIDS è impregnata di potere simbolico ed emotivo, in linea con nozioni di inquinamento sociale e spirituale (Schoepf, 2001). Contemporaneamente, tali rappresentazioni della malattia si allineano a gerarchie di genere, classe e nazione: uomini che fanno sesso con uomini, persone africane (e persone haitiane) sono state collocate sull' "altro" lato della linea di faglia sociale, stigmatizzate come promiscue (Schoepf, 2001). Allo stigma è seguita la discriminazione, che si è dispersa secondo quella che Farmer (1992; citato in Schoepf, 2001, p. 340) definisce una «geografia della colpa» (*geography of blame*, nella perifrasi originaria).

Tuttavia, lungi da me affrontare sterilmente il rapporto sopraccitato tra Africa e Nord del mondo: su di esso si intrecciano contraddizioni e attriti che rilevano e rivelano questioni rilevanti anche per l'argomento trattato in questa tesi. Infatti, le risposte sociali all'AIDS, comprese le politiche di controllo della malattia, sono spinte da politiche che si sono strutturate andando oltre l'asimmetria di potere tra Sud del mondo e Nord del mondo

(Schoepf, 2001). Per questo motivo, un'analisi che indaghi la sofferenza sociale non può concentrarsi solo sull'economia politica. A questo proposito, Quaranta (2006) invita a soffermarsi sulle questioni locali dei contesti globali non tanto per riscontrarvi il riflesso di una dinamica ipostatizzata, ma bensì per considerarli un'occasione per rilevare, a livello etnografico, le tensioni fra sovranità e soggetti, così da ri-leggere i processi attraverso i quali si associa la corruzione dei corpi alla corruzione politica.

Per meglio comprendere questa dinamica, desidero tuttavia trattare nel prossimo paragrafo il concetto di 'nuda vita' (Agamben, 1995). Quest'ultimo sarà particolarmente centrale per rilevare come i fenomeni di associazione, nati in rapporto alla diffusione dell'HIV, abbiano cercato nell'aggregazione un'esistenza socialmente significativa a partire proprio dalla "nudità della vita" che la diagnosi ha comportato. Tuttavia, prima di scendere nel dettaglio, ritengo necessario fornire una breve panoramica sul concetto di biopotere e sui processi di medicalizzazione e biomedicalizzazione.

### **3. 2 Biomedicalizzazione: dal biopotere alla nuda vita**

Con il termine 'biopotere' (Foucault, 1969) si intende il potere che, muovendosi nelle relazioni tra soggetti sociali agenti in siti multipli, opera attraverso il disciplinamento dei corpi e la regolazione delle popolazioni. Il corpo è il denominatore comune dell'azione del governo sulle popolazioni: è sia oggetto (obiettivo a cui la sovranità si rivolge) che soggetto risultante, «anima incorporata» (Nguyen, 2006, p. 75) della sovranità nei processi biopolitici.

Dal XIX° secolo in poi, si è osservato un passaggio da un potere centrale e violento, riflesso nella volontà del sovrano e capace di infliggere la morte, a un potere diffuso che invece sostiene la vita. Questo cambio è stato adottato a vari livelli dalle istituzioni, dalle politiche e dalle pratiche dedicate al controllo della popolazione e dell'economia (Nguyen, 2006; Maturo et al., 2020). La diffusione del biopotere è quindi riscontrabile nelle relazioni tra lo Stato e la cittadinanza: un attento esame di questo rapporto nelle sue articolazioni presenti nella vita di tutti i giorni consente di individuare le strategie che, disciplinando i corpi, contribuiscono a formare la cittadinanza. Le istituzioni disciplinari non si limitano all'addestramento dei corpi per finalità produttive: esse generano regolarità nella vita sociale, plasmando pervasivamente persone in grado di interiorizzare forme di controllo e disciplina (Nguyen, 2006). Attraverso la sorveglianza, l'accesso all'intimità e lo scrutinio

senza fine, il potere politico si arroga la prerogativa del mantenimento in salute delle persone (Foucault, 1969). Anche l'emergere dell'anatomia patologica è strettamente legato alla nascita dello Stato moderno e alle sue forme di conoscenza, definendo non solo la nostra comprensione della biologia umana, ma anche il modo in cui il corpo biologico è inserito all'interno del contesto sociale. Quindi si evidenzia la natura sociale del corpo biologico (Nguyen, 2006) nel legame del potere alle cosiddette scienze della vita: una su tutte la biomedicina. Quest'ultima fossilizza in modo particolare le dimensioni del potere moderno attraverso i processi di medicalizzazione che trasformano condizioni e fenomeni umani in problemi medici (Conrad, 2007; citato in Maturo et al., 2020). La categorizzazione medica di aspetti della vita precedentemente non investiti dall'attenzione medica comporta uno slittamento del confine tra normale e patologico attraverso un'estensione della giurisdizione medica (Zola, 1977; citato in Maturo et al., 2020).

Lo sviluppo successivo si verifica quando biotecnologia, organizzazione sanitaria e soggetti che consumano (Conrad, 2007; citato in Maturo et al., 2020) si intersecano innescando una circolazione di capitali che impatta sulla caratterizzazione dell'esistenza e il controllo del suo valore considerandola in termini meramente *disease-centered*. Ne consegue la notevole omissione del peso che ha la disuguaglianza socioeconomica nel modellare la vita e i corpi delle persone (Comaroff, 2006; Maturo et al., 2008). Ed è a partire da questa premessa che il concetto di medicalizzazione si estende a quello più complesso di biomedicalizzazione.

In linea con una trasformazione delle pratiche sanitarie e del campo biomedico, attraverso l'integrazione delle innovazioni tecnoscientifiche (Clarke et al., 2003), si afferma una prospettiva che si allontana dallo sguardo clinico in favore di uno sguardo molecolare. Le opportunità di biomedicalizzazione estendono la regolazione dei corpi e il controllo di ciò che possono (e non possono) o dovrebbero (e non dovrebbero) fare, oltre l'intervento eterodiretto medico, in favore di un processo di trasformazione del proprio corpo, dei propri sé e della propria salute (Maturo et al., 2020). Vengono quindi superate le modalità operative di controllo della ricerca medica e della pratica clinica attraverso la medicalizzazione dei corpi (Clarke et al., 2003; Maturo et al., 2020) per concentrarsi sulla possibilità di valutare, cambiare, rimodellare e ricostituire i corpi per scopi diversi, comprese nuove identità.

La governamentalità di conoscersi, che si radica su una retorica di consumo, si esprime anche attraverso pratiche corporee biomediche con l'affermazione di un senso di responsabilità altamente individualizzato a farsi carico della propria salute. La vita può essere gestita con interventi volti a ridurre il rischio di malattia: emerge una dimensione di ottimizzazione umana che sostiene la possibilità di assumere farmaci non per curare e ripristinare uno stato

di normalità, ma piuttosto per superare questa normalità, per vivere in uno stato di benessere ottimale (Maturò et al., 2020). La *governance* biomedica si esprime con meccanismi di regolazione che vanno dall'interno verso l'esterno, in un flusso autoregolativo che, attraverso una costante autodisciplina, permette una trasformazione dei corpi nella direzione di nuove dimensioni personali (Clarke et al., 2003; Li, 2007; Maturò et al., 2020).

Allo stesso tempo, più la vita viene intesa in termini biomedici più essa diventa 'nuda' (Agamben, 1995), ostracizzata dalle sfere del valore e dell'etica. La soppressione di una vita sociale significativa manifesta l'esercizio del controllo politico come capace di ridurre a mera esistenza biologica (Comaroff, 2006). Il potere agisce attraverso la definizione della 'nuda vita' come obiettivo della sua azione: vite intoccabili la cui salute è da preservare ad un punto tale da comportare l'esclusione delle prerogative sociali dal suo raggio di interesse (Quaranta, 2006). Si tratta di una modalità storica effetto di specifiche strategie di controllo che coltivano l'interesse a migliorare la vita pur avendo il potere di distruggerla (Comaroff, 2006; Quaranta 2006).

Eppure, nel caso dell'infezione di HIV, se per alcune persone il processo terapeutico comporta una condanna alla vita nella condizione di sieropositività, chi invece abita nel Sud del mondo fa esperienza di una sacrificabilità, «senza cure in un'epoca di salvezza farmacologica» (Comaroff, 2006, p. 60).

### **3. 2. 1 L'aggregazione come tensione fra sovranità e marginalità: il superamento della 'nuda vita'**

La sovranità quindi, per quanto dipenda dal neoliberismo, genera delle alcove che consentono, a chi si trovi imbrigliato in forme di controllo e di esclusione, di costruire dalla propria marginalità forme centrifughe di azione. L'esperienza dell'AIDS ha palesato la necessità di una riformulazione della comunità collettiva in opposizione ad un processo di frammentazione dell'identità (al singolare e al plurale): ciò restituisce un quadro sociale animato da un flusso alternato di forze centripete e centrifughe (Ariss, 1998).

In società altamente produttivistiche e consumistiche come quelle del Nord del mondo, la marginalità sta rapidamente diventando una situazione universale. Questa configurazione contemporanea potrebbe portare a una visione dei modi di vivere che superano la struttura panottica di Foucault: vite creative, sovversive e, quando sufficientemente sistematiche nella loro marginalità, capaci di trasformare il sistema ricevuto (Ariss, 1998). L'egemonia della struttura si rivela quindi instabile e soggetta a modifiche attraverso una resistenza strategica

(Ariss, 1998; Quaranta, 2006; Comaroff, 2006). Infatti, per quanto gli effetti delle forze neoliberiste sui Paesi emergano quando questi vengono privati del controllo sull'economia e sulle frontiere, portando come conseguenza l'omissione dei loro doveri verso la cittadinanza, si deve provare ad esplorare come le persone cerchino di influenzare il proprio l'ambiente politico (Nguyen, 2006). Dalla complessa interazione tra soggetti sociali emergenti e luoghi-chiave del potere si possono infatti rivelare delle oscillazioni nelle relazioni di potere (Ariss, 1998): in un crocevia tra sovranità, esclusione sociale e resistenza politica. La marginalizzazione sociale consegue alla sottomissione delle normative e delle regolamentazioni statali ai meccanismi del capitale internazionale: particolare è il rivolta sul controllo del biocapitale, ossia degli elementi che costituiscono la linea sottile tra la vita e la morte, come nel caso dei prodotti farmaceutici e dei brevetti (Comaroff, 2006).

Più nello specifico, Comaroff (2006) sostiene che l'esclusione del Sud del mondo produca dei fermenti per l'accesso ai mezzi farmacologici che danno origine a identità basate su una «biologia politicizzata» (Biehl, 2004, p. 122). Sulla scia delle forme di cittadinanza delle ricche realtà industrializzate del Nord del mondo, si costituiscono diritti e responsabilità legate a una particolare condizione biologica (Nguyen, 2006). Riflettendo sulle politiche di titolarità dei diritti in termini di bio-cittadinanza emerge come esse si siano costruite anche in relazione alle condizioni biologiche delle persone o alla possibilità di intervenire su di esse, producendo modalità di inclusione che però generano altrettante forme di esclusione. Di conseguenza, nei casi di privazione di tali diritti, è importante comprendere come l'esperienza di sofferenza che ne deriva abbia un'eziologia sociale, partendo dal problematizzare la riduzione della vita alla sua bruta biofisicità (Comaroff, 2006; Quaranta, 2006). In questo senso, i movimenti agiscono collettivamente per rendere visibili i processi attraverso i quali le persone o i gruppi vengono ostracizzati dalle risorse materiali a vari livelli dell'economia politica, generando una disuguaglianza incorporata (Lavenda e Schultz, 2021), mettendo in luce il ruolo cruciale delle relazioni sociali nell'affrontare le sfide biologiche e politiche.

Basti osservare l'attivismo nato in rapporto all'epidemia di HIV/AIDS, come nel caso della *AIDS Coalition to Unleash Power* (ACT UP New York). Quest'ultima ha testimoniato come le persone si siano organizzate a partire da una condizione biologica condivisa (Nguyen, 2006). Una 'biosocialità' (Rabinow, 1992; citato da Nguyen 2006) che, muovendosi da una visione nuda della vita, paradossalmente genera forme di aggregazione che rivendicano un'esistenza socialmente significativa. Lo stato di sieropositività è un «vettore di nuove propositive forme di azione politica» (Comaroff, 2006, p. 55).

### **3.3 Il progresso nel trattamento dell'HIV: la geopolitica dell'accesso alle terapie antiretrovirali**

Nel caso concreto dei trattamenti per l'infezione da HIV, tecnologie contraccettive, vaccini e prodotti farmaceutici hanno inizialmente rappresentato il biocapitale maggiormente disseminato in grado di compiere un rapido e diretto intervento sui corpi delle persone.

In seguito all'introduzione nei Paesi del Nord del mondo nel 1994 della terapia antiretrovirale ART (*AntiRetroviral Therapy*) e, nel 1996, della HAART (*Highly Active AntiRetroviral Therapy*), l'HIV si è trasformata da una sentenza mortale ad una condizione cronica (Cáceres e Race, 2012), con conseguente espansione dell'apparato biomedico legato alla documentazione e al monitoraggio della risposta delle persone in cura antiretrovirale (Nguyen, 2006). La distribuzione dei farmaci sul mercato mondiale dipende dagli interessi delle multinazionali farmaceutiche in campo economico: lo sfruttamento delle risorse farmacologiche perpetua le disuguaglianze politico-economiche comportando dei costi della ART/ HAART radicati nella complessa rete dell'industria farmaceutica e dei brevetti sulla proprietà intellettuale, simbolo del potere del capitale globale (Pizza, 2005; Nguyen 2006). Con l'inizio del nuovo secolo, si è osservata un'attenzione crescente nei confronti dell'epidemia anche in Africa, con la preoccupazione di garantire l'accesso universale al trattamento antiretrovirale. Le politiche di aggiustamento strutturale, diffuse dal predominio neoliberista, hanno provocato in alcune regioni del continente africano la disgregazione delle infrastrutture destinate a fornire supporto sociale, lasciando molte comunità con accesso inadeguato a servizi fondamentali come istruzione e sanità. In questo senso si è manifestata l'incapacità dei vari Stati di adempiere ai loro doveri biopolitici per la promozione della salute della popolazione e assicurare i diritti di cittadinanza basilari. Tale crollo infrastrutturale dei servizi sanitari ha implicato che l'approvvigionamento e la distribuzione di farmaci avvenisse tramite programmi organizzati da ONG, gruppi locali, ospedali missionari e centri medici istituiti nei luoghi di lavoro (Nguyen, 2006).

Lo spazio terapeutico transnazionale che si è sviluppato in rapporto alle esigenze che l'HIV ha presentato e offerto nuove occasioni per la circolazione di sovranità mobili: pratiche che, simulando il meccanismo statale, elaborano modi alternativi per attraversare i confini nazionali (Nguyen, 2006). Inoltre, grazie alla concorrenza della produzione indiana e

thailandese di farmaci generici su scala internazionale, nonché alla produzione nazionale avviata dal governo brasiliano, i costi proibitivi sono notevolmente diminuiti. La rapida e massiccia riduzione dei prezzi dei cocktail di farmaci (da circa 10.000 euro all'anno a meno di 150 euro attualmente) e l'aumento considerevole dei finanziamenti per l'acquisto hanno portato a un notevole ampliamento dell'accesso ai medicinali (Nguyen, 2006). L'Assemblea generale delle Nazioni Unite del 2001, incentrata sull'AIDS, ha portato a nuovi impegni globali e ha stabilito l'obiettivo dell'accesso universale alla prevenzione e al trattamento come questione di diritti umani (Petchesky, 2003; citata in Cáceres e Race, 2012).

L'accessibilità della ART/HAART restituisce la salute a chi sviluppa la malattia, attraverso il mantenimento in vita. Quindi le azioni dell'attivismo per garantire la sopravvivenza delle persone hanno confermato i discorsi biomedici che si concentrano sull'efficacia biologica di questi farmaci (Nguyen, 2006). Nel rispondere alle richieste dell'attivismo, la scienza ha dimostrato una prontezza di riflessi che non le viene spesso riconosciuta: la rabbia dei soggetti ha servito gli interessi della scienza, l'AIDS ha restituito il corpo alla docilità. La *compliance* delle persone in cura ha rimosso la minaccia dell'anarchia, conferendo prestigio e potere all'*establishment* della ricerca medica (Ariss, 1998).

Il punto di convergenza degli aspetti finora osservati è pertanto il predominio dello sguardo biomedicalizzante sui corpi. Infatti, anche se le istanze dai margini animate dalla sofferenza sociale rilevano che le dinamiche di potere causino questa discriminazione nell'accesso alla terapia, tuttavia gli obiettivi dell'attivismo rimangono all'interno delle prospettive biomediche. A questo proposito, la discussione effettuata dall'antropologia medica sui farmaci, che parte dalla tradizione etnofarmacologica, rivela la centralità di osservare le relazioni fra simboli ed economia politica. Nello specifico, il farmaco è da intendersi come un mediatore simbolico, un dispositivo che permette di dialogare con un malessere radicato sul terreno della malattia e che viene usato simbolicamente anche nel momento in cui il male è altrove (Pizza, 2005).

### **3. 4 Dalla terapia alla prevenzione: la farmacologizzazione dell'HIV**

Dalla metà degli anni Duemila, dopo essere risultato evidente che l'accesso universale alla ART/HAART non sarebbe stato sostenibile se si fossero continuati a verificare alti livelli di contagio, è emersa una rinnovata attenzione agli obiettivi di prevenzione dell'HIV. Con

un'enfasi sulla prevenzione biomedica, lo scenario si è popolato di strategie di trattamento. La ART/HAART, oltre a ridurre la carica virale nelle persone affette da HIV, viene adattata a modalità di uso con finalità preventive (Kippax, 2012). Inoltre, viene favorita la circolazione di terapie microbicide e di profilassi orale pre-esposizione e post-esposizione (PrEP e PEP) (Padian et al., 2008). La materialità delle strategie biomediche di prevenzione - si tratta di merci che vengono scambiate - mette in secondo piano meccanismi come gli interventi comportamentali, le tecniche di consulenza psicologica e i programmi di *marketing* sociale.

Tuttavia il complesso di farmaci (perifrasi che utilizzo per cercare di indicare tutte le strategie di prevenzione e di trattamento del virus di tipo biomedico e biotecnologico), oltre che essere merce nella sua collocazione in un flusso internazionale di capitali, è simbolo di speranza e di cura (Pizza, 2005).

Schirripa (2015), in una riflessione ventennale sui prodotti farmaceutici (medicina tradizionale e industriale) in Ghana (dal 1989), Etiopia (dal 2007) e Italia (2000-2003), indaga sulla complessità dell' 'oggetto farmaceutico', non solo nel modo in cui questo viene prodotto e distribuito, ma anche nel significato che assume nei tre diversi contesti, influenzati, in tempi di neoliberalismo, dalla politica locale, dalle risorse finanziarie, dalle relazioni sociali e dalle credenze. Infatti, i significati sociali dei farmaci non possono essere separati dalla loro dimensione di efficacia: quest'ultima non è riducibile unicamente alla natura biochimica del farmaco, ma bensì è produttrice di processi e trasformazioni vincolate ai contesti e ai significati delle pratiche di cura (Pizza, 2005).

Pertanto la dimensione materiale delle sostanze curative si rapporta alle relazioni sociali su cui il processo terapeutico si fonda (Schirripa, 2015). Il farmaco, trovandosi nella dimensione liminare tra il laboratorio scientifico e il corpo della persona in cura, si carica di un'eterogeneità di componenti che manifestano un reticolo di relazioni tra il personale farmaceutico, quello medico e le popolazioni riceventi, senza omettere il ruolo dei media e chiaramente del mercato economico (Pizza, 2005). Cultura del consumo, liberalismo economico, *marketing* e biomedicalizzazione hanno quindi affermato un processo che, pur distanziandosi dall' esercizio strettamente medico, è tuttavia risultante dall'effetto biologico delle sostanze chimiche sul corpo: mi riferisco alla farmacologizzazione (Maturò et al., 2020). Questa si verifica quando condizioni sociali, comportamentali o fisiche sono rielaborate come necessitanti di un trattamento con medicinali, favorendo nelle persone una propensione ad individuare nei farmaci un alleato (o il principale alleato) per migliorare il

proprio stato di salute. Di conseguenza, aumentano i meccanismi di commercializzazione dei farmaci, che vengono intesi come una merce primaria. Ciò significa che le case farmaceutico-industriali esercitano ulteriori forme di sovranità sulla vita.

Inoltre, per quanto il personale medico collabori con le case farmaceutiche per sviluppare nuove medicine e detenga un potere di controllo nella regolazione dell'accesso ai farmaci attraverso l'obbligo di prescrizione (Maturò et al., 2020), allo stesso tempo l'asimmetria del rapporto tra personale medico e persona (Parsons, 1951) in cura viene erosa, con interessanti forme di *self-management* della cura. Nello specifico, la regolazione dell'accesso ai farmaci esplicita il grado di *empowerment* detenuto dalle persone, la cui dipendenza dalla 'dominanza medica' (Friedson, 1970) viene quindi ridotta dai meccanismi della farmacologizzazione (Comaroff, 2006). Infatti le persone che attuano scelte di consumo nel mercato farmacologico acquisiscono, attraverso i media, la capacità di formulare domande precise, appropriandosi del linguaggio medico, al fine di trovare soluzioni che possano aumentare il loro benessere e facendo circolare a livello intra-comunitario una serie di informazioni e conoscenze *evidence/experience-based*.

### **3. 4. 1 Il ponte tra biomedicalizzazione e diritti sessuali: la Profilassi Pre-Esposizione (PrEP)**

Questa premessa sul processo di farmacologizzazione, che ha origine dal filtro biomedicalizzante che regola il rapporto delle persone con i propri corpi, riguarda anche la prevenzione del contagio da HIV. La biomedicalizzazione ha innescato la percezione di identità individuali e collettive basate sulla tecnologia della personalizzazione, corpi individualizzati per i quali la salute è una questione di auto-trasformazione in continuo divenire (Clarke et al., 2003). In parallelo, l'elaborazione di biomedicine orientate al trattamento dei rischi permettono di gestire la salute in termini di responsabilità individuale. Ed è precisamente in questo scenario che si colloca la Profilassi Pre-Esposizione (PrEP).

Come precedentemente anticipato, è un farmaco che impedisce al virus dell'HIV di replicarsi nell'organismo. L'assunzione è indirizzata a persone sieronegative ed avviene tramite compresse, con modalità e frequenza distinte secondo il proprio organo genitale. Questa possibilità si colloca all'interno di un processo di sorveglianza biomedica che, operando secondo un paradigma di definizione, classifica con *screening* e test gli stili di vita

e l'esposizione al rischio di contrarre l'HIV (Clarke et al., 2003). Insomma, senza biomedicalizzazione non ci sarebbe oggi la PrEP. Allo stesso tempo, la biomedicalizzazione dei corpi (volontaria o parzialmente condizionata) ha permesso ai sistemi sanitari di avvalersi della possibilità di catalogare la collocazione sociale e di genere delle persone interessate a sottoporsi alla PrEP, accertando la soddisfazione di presunti requisiti, clinici e non, per valutarne l'idoneità. Si comprende quindi che, per quanto i corpi possano riconfigurarsi e le soggettività possano esaudire i loro desideri in ottica di ottimizzazione, questo discorso si inceppa tuttavia per quel che riguarda la salute sessuale. Per quanto la PrEP possa essere uno strumento di autodeterminazione e libertà sessuale (Conigli Bianchi e PrEP in Italia, 2023), lo stigma limita i discorsi e contraddistingue l'accesso alla somministrazione. In qualche modo la PrEP costituisce un caso di biomedicalizzazione volontaria che potrebbe tradursi in forma di diritto sessuale, ma viene tuttavia oscurato dallo stigma legato al sesso ed agli stereotipi dell'HIV.

Nel prossimo capitolo cercherò di esaminare come questo dispositivo farmacologico si intrecci con le dinamiche riguardanti il contagio e come possa contribuire al diritto sessuale, permettendo di superare le discriminazioni nell'accesso alle forme di prevenzione dell'HIV.

### **3.4 Conclusione**

L'epidemia di HIV ha messo in luce una complessa distribuzione della sofferenza sociale: il virus si è diffuso in linea con le caratteristiche dell'ordine globale emerso con i cambiamenti geopolitici di un capitalismo in evoluzione.

Sebbene l'HIV/AIDS abbia iniziato a diffondersi principalmente nel Nord del mondo, si è rapidamente esteso: i dati più recenti mostrano che l'Africa sub-sahariana è stata particolarmente colpita e ha evidenziato profonde logiche neocoloniali. Nello specifico l'accesso alla tecnologia biomedica da parte dei Paesi del Sud del mondo è influenzato da una complessità di fattori. In aggiunta, mentre, nel Nord del mondo alcune persone vivono la loro sieropositività in una condizione di cronicità, chi vive nel Sud del mondo sperimenta una sacrificabilità dovuta alla mancanza di accesso alle cure salvavita disponibili nel Nord del mondo. Nonostante la biomedicina abbia ampliato il suo raggio di influenza tramite processi come la medicalizzazione e la biomedicalizzazione, la marginalizzazione sociale non si è ridotta; anzi, è stata acuita dai meccanismi di mercato applicati al biocapitale. Infatti

l'introduzione di terapie antiretrovirali come la ART e la HAART hanno trasformato l'HIV da una sentenza mortale a una condizione cronica. Tuttavia, la distribuzione dei farmaci dipende dagli interessi economici delle multinazionali farmaceutiche, perpetuando disuguaglianze politico-economiche. Per questo la comunità internazionale si è impegnata per garantire l'accesso universale alla prevenzione e al trattamento del virus come un diritto umano. Inoltre l'attivismo legato all'HIV/AIDS ha dimostrato come le persone si siano organizzate a partire da una condizione biologica condivisa, generando un'aggregazione che, partendo da una visione nuda dell'esistenza, la rivendica con un linguaggio socialmente significativo. Infatti il biocapitale, oltre che essere merce scambiabile a livello internazionale, rappresenta un simbolo di speranza e cura, con significati sociali che vanno oltre l'efficacia biochimica.

Negli anni Duemila, è emersa la consapevolezza che l'accesso universale alle terapie antiretrovirali non sarebbe stato sostenibile in presenza di alti tassi di contagio dal virus, portando a un rinnovato focus sulla prevenzione. La farmacologizzazione, derivante dalla prospettiva biomedicalizzante sui corpi, ha consentito alle persone di assumere un ruolo più attivo nella cura della propria salute, influenzando anche sulla prevenzione dell'HIV. Questo approccio ha consentito il raggiungimento di un ideale di ottimizzazione umana per il quale le persone possano ambire ad uno stato di benessere attraverso la personalizzazione di farmaci e pratiche biomediche: in questo contesto si colloca la Profilassi Pre-Esposizione (PrEP). Tuttavia la PrEP è un farmaco il cui accesso è vincolato da un sistema di sorveglianza biomedica che classifica stili di vita e rischio di esposizione all'HIV, comporta dunque un prestarsi a divenire soggetto-target e una piena collaborazione nella riconversione delle strategie di trattamento terapeutico. Quindi l'utilizzo della PrEP è influenzato da fattori sociali come lo stigma legato alla sessualità e gli stereotipi sul virus, nonostante possa rappresentare in potenza un mezzo di autodeterminazione sessuale e di ri-indirizzamento delle micro-politiche di soggetti, gruppi e associazioni.

Il prossimo capitolo esaminerà come la PrEP si relazioni al contagio da HIV e al diritto sessuale, al fine di superare le discriminazioni nell'accesso alla prevenzione del virus.

## **Capitolo quarto**

### **La singolarità dell'HIV: la prevenzione in nome del diritto sessuale**

#### **4.1 Il *Self Management* dell'HIV per una classificazione del virus nelle malattie croniche**

Partendo dalle premesse di cui nel precedente capitolo in merito al processo di biomedicalizzazione e il suo forte legame con lo scenario biopolitico-economico del neoliberalismo, l'obiettivo di questo capitolo è illustrare il fondamento individualista su cui si fonda il quadro del modello biomedico di *Self Management*, ovvero l'autogestione o gestione in parziale autonomia di un proprio stato di salute e del relativo *iter* terapeutico.

La logica che sta dietro a tale modello si applica ed è rintracciabile non solo nel panorama legato alla prevenzione, ma bensì anche nei casi di persone in terapia ART/HAART, implicando una serie di comportamenti per il trattamento dell'HIV che rendono la sieropositività associabile ad una condizione di malattia cronica. Coerentemente con il *focus* poc'anzi premesso, è necessario ribadire che il passaggio effettivo e percettivo dell'HIV a una malattia cronica si può realizzare, ad oggi, in contesti con un accesso adeguato alle cure. Scandlyn (2000) ha infatti osservato che l'AIDS è veramente cronico solo nei Paesi del Nord del mondo, dove la disponibilità di risorse biomediche non è ostacolata da politiche di aggiustamento strutturale e deriva della detenzione di un privilegio che si ripercuote anche sul mercato farmacologico.

Per riallacciarmi quindi all'accostamento tra HIV e malattia cronica, le linee guida cliniche che esortano ad affrontare il virus come una condizione di cronicità implicano un cambiamento delle pratiche diagnostiche e terapeutiche. Il passaggio dalla malattia acuta/incurabile a quella cronica/gestibile si effettua quindi attraverso l'adesione ad un modello di autogestione (McGrath et al., 2014). Secondo quest'ultimo le persone in cura assumono un ruolo attivo e informato nelle decisioni sanitarie, al fine di modificare i comportamenti e le relazioni sociali per ottimizzare la loro salute e affrontare proattivamente le sfide prevedibili dell'HIV (Swendeman et al., 2009). Pertanto, la collocazione all'interno di un paradigma di cronicità richiede che le persone sieropositive gestiscano la loro diagnosi

attraverso un impegno continuo in linea con le indicazioni biomediche, quella che in antropologia medica è nota come ‘alleanza terapeutica’.

Di conseguenza, la gestione di una malattia cronica, nella cui classificazione viene collocata l’HIV, si fonda in misura non indifferente sulla responsabilità e capacità di gestione delle persone (McGrath et al., 2014). Ciò significa che molti aspetti della cura del virus in termini clinici diventano di *routine*: periodiche visite di *checkup*, monitoraggio del peso e della conta dei CD4<sup>6</sup>, regimi di aderenza, ecc. (Mattes, 2011). Le procedure di controllo del corpo, tipiche di un approccio biomedicalizzante all’esistenza, si fanno strada nella vita di tutti i giorni, attraverso gli accertamenti quotidiani e l’assunzione giornaliera della misura farmacologica ART/ HAART, mettendo in atto un rituale farmacologizzato salvifico. Infatti, le biomedicalizzazione enfatizza il ruolo della responsabilità individuale per raggiungere determinati *standard* di cura. A ciò si aggiunge una rappresentazione dell’*iter* terapeutico come responsabilità individuale, collettiva e sociale nel monitoraggio della propria condizione di salute.

Di seguito, dunque, approfondirò in che modo tali pratiche biomedicalizzanti si articolino all’interno del modello di *Self Management*, esaminando le diverse dinamiche che si dispiegano a partire dalla classificazione del virus nel paradigma della cronicità. In primo luogo, analizzo il programma di regime di vita secondo lo *slogan* al *Positive Living* (che viene meticolosamente trattato da Benton et al., 2017). Successivamente, mi concentro sulla questione identitaria: in particolare su un processo implicito per la persona in cura cronica, che deve gestire la propria vita come se non fosse malata, oscillando tra l’infermità e uno stile di vita “normale”/ “normalizzato”, nel senso etimologico del termine (quello di messo a norma). Infine, tutto ciò mi sarà funzionale per provare a ricostruire in che misura l’HIV possa autenticamente inserirsi in questi schemi di cronicità e ri-significare le traiettorie di vita delle soggettività (siero)coinvolte. Infatti l’elemento cruciale che rende l’HIV un caso eccezionale e meritevole di una riflessione approfondita è il peso dello stigma.

#### **4. 1. 1 Il trattamento della cronicità attraverso il *Positive Living***

---

<sup>6</sup> L’esame misura il numero di cellule CD4 (linfociti T *helper*) nel sangue per valutare lo stato del sistema immunitario. I linfociti CD4 sono un tipo di globuli bianchi che difendono l’organismo dalle infezioni. Il test per le CD4, insieme alla carica virale dell’HIV, aiuta a valutare lo stato immunitario nelle persone positive all’HIV (Buoro e da Rin, 2020).

Nel progetto di *Positive Living* applicato alla terapia antiretrovirale per l'HIV si riflette la volontà di normalizzare la dimensione personale nella gestione della propria sieropositività. Ne consegue che l'onere della cura viene rimosso dalla comunità internazionale o più nello specifico dagli organi governamentali (Bolten, 2017). In ogni caso, per definire meglio il programma di *Positive Living*, si potrebbe dire che si tratti di una struttura di pratiche morali, fisiche e sociali volta a promuovere una vita più sana e soddisfacente per le persone che vivono con l'HIV/AIDS (Benton et al., 2017).

Nello specifico, all'interno dei comportamenti che contempla, sono previste la rivelazione del proprio stato di sieropositività a potenziali partner sessuali, a membri della famiglia e alla sfera amicale. Si aggiungono la prescrizione della pratica del sesso "sicuro", il mantenimento di una dieta sana, l'astensione da alcol e tabacco e, chiaramente, l'aderenza ai regimi farmacologici. Inoltre viene anche richiesto un cambiamento in positivo nell'atteggiamento e nella percezione di sé. Si allude quindi ad un'irreggimentazione del corpo infetto e delle relazioni comunitarie sviluppate intorno ad esso in modo tale da adottare misure correttive, valoriali e comportamentali, nel tentativo di creare una prospettiva positiva verso la vita per prendersi cura di sé (Marcelin, 2017). Infine, l'aspetto di regolazione più pervasivo che è annoverato nel programma del *Positive Living*, è quello legato alla sincronizzazione dei tempi della vita quotidiana con quelli legati al trattamento dell'HIV/AIDS (Benton et al., 2017).

Le modifiche comportamentali e gli atteggiamenti sopracitati sono solo alcune delle modalità di gestione della sieropositività consigliate dalla logica del *Positive Living*: ben più degno di riflessione è il fattore della temporalità che, nella progettazione e nell'attuazione di interventi sanitari, plasma le esperienze e le pratiche delle persone sieropositive. Per chiarire: la responsabilizzazione all'autocura si palesa con la sottomissione della persona all'adesione ai tempi di assunzione dei farmaci, con le relative alterazioni nei tempi di strutturazione della vita quotidiana e delle relazioni sociali. La dimensione della temporalità si riscontra anche, per esempio, nella distinzione tra "tempo di aderenza", che si riferisce alla sincronizzazione della vita quotidiana con il trattamento, e "tempo sprecato". Quest'ultima dicitura è usata nelle narrazioni delle persone sieropositive, quando ricordano la loro vita prima del "tempo di aderenza", per descrivere un periodo in cui il loro comportamento e il loro pensiero erano meno consapevoli (Mkhwanazi, 2017). È quindi possibile focalizzare l'attenzione sul rapporto che nasce dalla coniugazione di tempi di vita e tempi di storia attraverso i

programmi per l'HIV (Nguyen, 2017). Si potrebbe infatti parlare di temporalizzazione della responsabilità come dimensione che influisce su come le persone sieropositive percepiscono il tempo e la gestione della loro salute (Benton et al., 2017). Il successo della persona nell'abbracciare una vita positiva è quindi predeterminato sia da un rigoroso ritmo giornaliero scandito dalle medicazioni, sia da una narrazione di auto-trasformazione. Di conseguenza, ciò che viene comunemente definito o inteso come “fallimento” è associato sia ad abitudini disorganizzate che ad una mentalità incapace all’adattamento (Prince, 2017). Se ne deduce che l’adesione definitiva all'autogestione è l'elemento chiave per la sopravvivenza, un requisito imprescindibile (Marcelin, 2017). Al contrario, poco ci si interroga o si tiene in considerazione la compatibilità tra i percorsi e le tappe prescrittive e i percorsi e le tappe soggettive delle persone.

Tuttavia, come sopra anticipato, il discorso incentrato sul "vivere positivamente" porta a una deresponsabilizzazione della comunità internazionale e un’iper-responsabilizzazione dell’individuo. Questo perché la creazione del prototipo della persona sieropositiva ideale, che si prende cura di sé stessa, si allinea al progetto neoliberale di responsabilità individuale in risposta ad azioni individuali (Bolten, 2017). Un dettaglio particolarmente rilevante è proprio la "risposta ad azioni individuali": come se l’infezione da HIV non fosse il risultato di un'epidemia o di evento accidentale, ma piuttosto una scelta<sup>7</sup> (Bolten, 2017). Questa logica può essere associata al sopracitato clima di deresponsabilizzazione nella fornitura preventiva dell’ART/HAART<sup>8</sup> o negli investimenti sulla PrEP. Infatti, le istituzioni neoliberali lavorano per trasferire la responsabilità sociale della cura delle persone dalle agenzie e istituzioni pubbliche alle persone stesse (Marcelin, 2017), veicolando parzialmente l’illusione di poter governare “dal basso” determinati processi. A sostegno di ciò, si può individuare nel discorso moralizzante che accompagna l’invito al “vivere positivamente”

---

<sup>7</sup> Sul versante legato alla scelta, si potrebbe aprire una parentesi riguardante quelle subculture sessuali che praticano sesso anale senza preservativo (*barebacking*) al fine di contrarre il virus HIV (in questo caso si parla di *bug chasing*) (Bersani, 2001; Conigli Bianchi e PrEP in Italia, 2023). Ciò che interessa a chi pratica *bug chasing* è la minaccia di morte, il comportamento deliberatamente distruttivo e annientante che intensifica il piacere sessuale del sesso non sicuro (Bersani, 2001). Bersani (2001) infatti rileva la dimensione sovversiva del desiderio omosessuale: infecondo, sterile e resistente all'integrazione in una società fondata sulla famiglia come nucleo di educazione e accumulazione di ricchezza. Ma non solo, la matrice dirompente dell'omosessualità maschile starebbe anche nella sua rappresentazione della pulsione di morte (Bersani, 2010) dovuta all’associazione con il virus.

<sup>8</sup> Per fornitura preventiva dell’ART/HAART che avviene sotto la formula TASP - *Treatment as Prevention*; assunzione della terapia antiretrovirale come forma di prevenzione (Moyer e Hardon, 2014)

l'omissione del fatto che la *compliance* ai regimi terapeutici non è semplicemente controllata dalla singola persona ma, piuttosto, da forze globali più ampie che influenzano l'accesso stesso alla terapia farmacologica (Mkhwanazi, 2017). Infatti i discorsi sulla cura di sé e sulla responsabilità individuale, intrecciati con i vincoli temporali della farmacologizzazione sono, oltre che moralizzanti e disciplinanti, carichi di una politica postcoloniale dell'identità e della differenza (Prince, 2017). La vita positiva risulta da una formazione biomedicalizzante allineata agli scenari biopolitici: un nesso che coniuga discorsi e promesse di una vita salutare con pratiche - assunzione di pillole, irreggimentazione del corpo - ma che rivela anche la profonda disparità nei rapporti globali (Nguyen, 2017).

#### **4. 1. 2 Gestione identitaria nella cronicità: l'eccezionalità dell'HIV**

Soffermandoci ora sulla dimensione trasformativa legata all'identità come aspetto che contraddistingue la condizione di cronicità, proveremo a comprendere i risvolti che riguardano il caso dell'HIV.

Il programma strategico del *Positive Living* invitava ad un cambiamento in positivo nella percezione di sé, ma questa prospettiva si estende oltre, coinvolgendo in modo più ampio il concetto di malattia cronica come paradigma. Infatti il ruolo di persona malata (Parsons, 1951), caratterizzato dall'esonero da alcune responsabilità sociali, viene superato in quanto all'adesione a vita al trattamento si accompagna l'aspettativa di un ritorno alla normalità. Ciò richiede l'assunzione di un ruolo ibrido in cui si ha contemporaneamente una vita "normale", addirittura "positiva", e una malattia in corso (McGrath et al., 2014), per poi approdare ad una vita propositiva (o prep-ositiva) di slancio liberatorio e *social engagement*. Per le persone sieropositive che assumono la terapia ART/HAART, la loro apparente salute, evidenziata dall'assenza di sintomi evidenti e invalidanti, suggerisce un indubbio ritorno alla "normalità" e la fine del ruolo di persona "malata".

La differenza più significativa però tra l'HIV e le altre malattie croniche è che il virus è infettivo. Quindi bisogna considerare se nella vita "normale" si concepisca una vita sessuale e, per molte persone, una gravidanza o un parto. La possibilità di trasmissione quando le persone riacquistano tale "normalità" richiama quindi, ancora una volta, l'attenzione sulla necessità di un accesso continuativo e affidabile alla terapia e all'assistenza necessaria per gestire le dimensioni che espongono ad un rischio di infezione (McGrath et al., 2014) e eventuale esposizione ad altre IST (infezioni sessualmente trasmissibili). Fortunatamente

l'adesione al trattamento abbassa le cariche virali ad un livello tale da ridurre significativamente la probabilità di trasmissione (da cui la dicitura U=U, *Undetectable equals Untransmittable*<sup>9</sup>).

Tuttavia, l'idea che una persona infetta da HIV possa vivere una “vita normale” presuppone la sua capacità di controllare lo stigma e le sue molteplici forme e facce. Per quanto il tentativo di riformulazione del virus come una malattia cronica lo agevolerebbe ad essere trattato come le altre malattie al fine di normalizzarlo, le esperienze delle persone infette però dimostrano che la malattia continua a essere vista come eccezionale: lo stigma persiste di fronte alle soluzioni offerte dalla crescente biomedicalizzazione (Moyer e Hardon, 2014). Le persone sieropositive infatti non condividono molte delle stesse esperienze delle persone in cura per altre malattie croniche, né possono davvero beneficiare degli stessi modelli e programmi di assistenza sanitaria, compresa l'autogestione (il *Self Management*) e l'invito al *Positive Living* (Swendeman et al., 2009).

Lo stigma è una delle principali differenze tra l'HIV e le altre malattie croniche e non si tratta quindi di una dimensione biomedica, ma di un aspetto che si basa su fattori socioculturali e simbolici riconducibili alla stigmatizzazione del sesso e alla colpevolizzazione di condotte sessuali ritenute poco responsabili/vigilanti e addossate interamente sulle spalle dei soggetti coinvolti. L'HIV è quindi ancora comunemente associato a pratiche etichettate come immorali e a identità stigmatizzate, nonché ad una colpevolizzazione del soggetto che (con)vive con l'HIV (Moyer e Hardon, 2014). Di conseguenza, risulta difficile condividere – nel senso di raccontare – lo stato di malattia con altre persone (e perciò aderire a uno dei parametri consigliati dal *Positive Living*), e gestire il possibile rifiuto sociale aggiunge stress all'esperienza di convivere con il virus. Tale dinamica ostacola gli sforzi di prevenzione, aumentando la riluttanza delle persone a sottoporsi al test dell'HIV: di conseguenza la riduzione della trasmissione dell'HIV viene limitata. Pertanto viene a meno la possibilità di un'effettiva associazione e un reale riconoscimento dell'HIV come malattia cronica. Viene

---

<sup>9</sup> In italiano questo *slogan* potrebbe essere tradotto come “(infezione) Non rilevabile significa (infezione) non trasmissibile”. A febbraio 2014, i risultati preliminari dello Studio Partner 1 hanno dimostrato che le persone con HIV in trattamento ART/HAART con una carica virale non rilevabile non trasmettono il virus. Quando il virus dell'HIV non è rilevabile nel sangue con le tecniche di laboratorio comuni (meno di 50 particelle virali per millilitro di sangue), significa che il virus non può essere trasmesso, anche durante rapporti sessuali non protetti. Inoltre, è possibile partorire naturalmente senza trasmettere il virus. Una persona in terapia con una carica virale inferiore a 200 copie da almeno 6 mesi non può trasmettere il virus neppure in caso di rapporti sessuali non protetti (Conigli Bianchi e PrEP in Italia, 2023).

quindi elaborata l'esigenza di un nuovo paradigma di cronicità che consideri la realtà della vita quotidiana delle persone con infezione da HIV. Ciò implica la concezione uno spazio sociale specifico che contempli sia il ruolo della persona malata e ne permetta l'esonero dagli obblighi sociali, che la promessa "normalizzazione" derivante dal paradigma della malattia cronica (McGrath et al., 2014).

In sintesi, per quanto il programma *Positive Living* miri a promuovere una percezione positiva di sé nella sieropositività, incoraggiando un ritorno alla "normalità", la persistenza dello stigma e la complessità della gestione quotidiana dell'HIV ostacolano questa normalizzazione, limitando gli sforzi di prevenzione e il riconoscimento dell'HIV come malattia cronica. Ciò sottolinea l'importanza di un nuovo approccio che tenga conto delle sfide quotidiane delle persone con HIV e che promuova una dimensione in cui sia possibile la sospensione dai vincoli sociali e in contemporanea una forma di norma nel vivere con la malattia cronica.

#### **4. 1. 3 La rimedicalizzazione preventiva per una destigmatizzazione?**

Secondo Moyer e Hardon (2014) la terapia antiretrovirale ha la potenzialità di depoliticizzare e desocializzare la malattia, favorendo come risultato collaterale anche la cancellazione dello stigma. Ma cerchiamo di valutare il reale livello di soppressione dello stigma che si può osservare in relazione ai presupposti farmacologici derivanti dal processo di biomedicalizzazione. Ricordiamo a tal proposito che la propensione verso l'universo biomedico ha prodotto un rinnovato interesse per le forme individualizzate e farmacologizzate di prevenzione ed educazione alla salute sessuale, anche attraverso servizi di consulenza e test volontari (Kippax e Race, 2003), nonché massicce campagne di sensibilizzazione rivolte tanto a gruppi sociali ritenuti maggiormente "esposti" a rischi, quanto ad altre fasce della popolazione generale.

Innanzitutto, Nguyen et al. (2011) hanno rilevato una possibilità di rimedicalizzazione dell'HIV favorita dalla prevenzione. La prevenzione dell'HIV si sta sempre più basando su soluzioni farmacologiche (Nguyen et al., 2011): infatti, sia la salute pubblica che l'attivismo per l'HIV hanno iniziato a promuovere l'uso della PrEP come trattamento preventivo *tout court*, a discapito di altre forme ugualmente efficaci come il preservativo. A ciò si aggiunge che l'espansione dei programmi TASP (*Treatment as Prevention*) insiste sull'uso della

terapia ART/HAART in ottica preventiva, con il fine ultimo di contribuire a normalizzare l'HIV e diminuire lo stigma associato. PrEP e TASP rappresentano quindi dei mezzi farmacologici che assumono un ruolo fondamentale a sostegno di una rimedicalizzazione preventiva del virus (McGrath et al., 2014). In parallelo a questo fenomeno, bisogna sommare anche il fatto che, una volta iniziata la ART/HAART le persone sieropositive non trasmettano più il virus, ma sono anche invitate a non smettere più la terapia. Infatti, se la terapia funziona e la carica virale diventa non rilevabile nel sangue, il virus diviene non trasmissibile. Ciò significa che i corpi di chi è in terapia efficace fermano fisicamente l'infezione, spezzando la catena dei contagi (Conigli Bianchi e PrEP in Italia, 2023). Insieme a questi corpi possiamo considerare anche i corpi di chi si sottopone a strategie di prevenzione farmacologica, come ad esempio la PrEP. e la TASP. Quindi, in termini epidemiologici si ha ragione di riscontrare che la farmacologizzazione preventiva può contribuire a debellare il virus.

Ma ci si può pronunciare allo stesso modo anche sulle ipotesi di riduzione dello stigma?

La rimedicalizzazione preventiva dei corpi può essere sostenuta al fine di ridimensionare lo stigma? Paradossalmente, si è infatti rilevato che la disponibilità del trattamento antiretrovirale può generare stigma (Russell et al., 2007; Kendall e Hill, 2010; citati da McGrath et al., 2014). Infatti l'accesso ampliato alle cure farmacologiche non elimina lo stigma, ma ne riformula l'impatto alterando lo spazio di vulnerabilità attraverso un controllo su di esso. In altre parole, sebbene la riduzione dello stigma sia spesso considerata un obiettivo concreto nelle discussioni sull'espansione dei trattamenti, questo risultato non è sempre facile da ottenere (McGrath et al., 2014).

Affronteremo in modo più dettagliato queste tematiche nel prossimo paragrafo.

#### **4. 2 Stigma nell'accesso alla PrEP: il diritto sessuale per una rielaborazione della condizione di vulnerabilità**

Abbiamo finora trattato l'eccezionalità dell'HIV, che ne impedisce una cieca classificazione all'interno del bacino delle malattie croniche. Tale valenza di rarità fa riferimento alla carica di stigma di cui il virus è storicamente portatore. Analogamente si verifica un riscontro simile anche in un altro scenario. L'HIV rimane inedito anche in relazione ai diritti e ai desideri sessuali e riproduttivi delle persone (Moyer e Hardon, 2014).

A tal proposito, si è rilevato che durante le sessioni di consulenza preventiva biomedica, quando viene affrontato l'argomento del sesso, il personale sanitario, parlando di prevenzione all'HIV, si sofferma principalmente sull'uso di dispositivi di barriera, lasciando poco spazio ad altre discussioni (McGrath et al., 2014). Nello specifico, è particolarmente rilevante osservare alcune dinamiche legate alla prescrizione della PrEP. Infatti, le persone interessate alla PrEP devono recarsi in una struttura sanitaria per ottenere una prescrizione specialistica infettivologica dal personale del settore. Tuttavia, la procedura che precede il nulla osta alla somministrazione del trattamento di profilassi segue delle logiche che evidenziano la persistenza di uno stigma latente. Infatti, nell'aggiornamento delle linee guida per la PrEP, l'OMS (World Health Organization, 2022) evidenzia i benefici di questa profilassi, costruendo formulazioni da cui si evince che esistano specifiche caratteristiche e comportamenti che potrebbero aumentare il rischio di esposizione all'HIV. Si pronuncia infatti distinguendo che, nei luoghi con una bassa incidenza complessiva di HIV, ci possono essere persone che si espongono a rischio sostanziale e che potrebbero quindi particolarmente beneficiare dei servizi di PrEP.

È evidente quindi che i modelli di erogazione dei servizi sono indirizzati ad una sorta di *targeted audience*. Ciò potrebbe derivare dalla biomedicina che utilizza il termine 'gruppo' nello stesso modo in cui usa il termine 'popolazione', comportando una sovradeterminazione attraverso l'associazione di persone identificate per la loro appartenenza ad una particolare popolazione con la localizzazione del virus. L'uso della perifrasi 'gruppo a rischio' da parte della scienza biomedica è un marcatore di una categoria identitaria imposta che è diventata sinonimo di rischio ed è raramente soggetta a ripensamenti e ridefinizioni dello strumento di rilevamento. Così, oltre a correlare l'HIV ai cosiddetti "gruppi a rischio", altre marcature medico-confessionali hanno collegato l'aumento del rischio di trasmissione a particolari comportamenti attraverso la confusione tra identità e comportamento (Kippax e Race, 2003). Precisamente, il rischio è stato identificato con forme di rapporti penetrativi, soprattutto anali e vaginali, e con pratiche sessuali promiscue (Kippax e Race, 2003). Per questo motivo, durante i colloqui tesi ad accertare "l'idoneità" della persona a sottoporsi alla PrEP, l'attenzione è rivolta alle pratiche per verificare se possano indicare un'appartenenza ad un "gruppo a rischio"<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Un caso analogo su come la richiesta di divulgazione del proprio comportamento o orientamento sessuale possa costituire un ostacolo alle cure preventive riguarda l'accesso al vaccino per il vaiolo delle scimmie (Mpox). Infatti quasi tutti i casi di vaiolo delle scimmie (Mpox virus) del focolaio del 2022 a Chicago (è il *case*

A questo proposito ritengo coerente menzionare il racconto di una persona riportata in “Sierocoinvoltè”, testo curato da Conigli Bianchi e PrEP in Italia (2023). La persona in questione si definisce una «persona con utero [...] socializzata come donna» (Conigli Bianchi e PrEP in Italia, 2023, p. 89) e descrive la sua curiosità quando ha saputo della disponibilità della PrEP sul mercato farmacologico. Interessata ad entrare in uno spazio di discussione in merito, riscontrata nella PrEP un’alleata per ricostruire una «narrazione positiva della sessualità» (Conigli Bianchi e PrEP in Italia, 2023, p. 91), fa però esperienza di una forma di esclusione. Si individua una forma di controllo da parte di uno dei gruppi considerati “a rischio” secondo la biomedicina, ovvero i maschi cis gay, che storicamente sono stati stigmatizzati. Questi ultimi, in qualche modo, si riappropriano dello stigma esercitando un tipo di controllo sul discorso relativo alla PrEP, agendo come “*gatekeepers*” della misura farmacologica, nonché delle narrazioni e rappresentazioni intorno ad essa (Conigli Bianchi e PrEP in Italia, 2023).

Questo contributo è fondamentale per provare a riallacciarmi a quanto espresso in conclusione del paragrafo precedente e che richiamo di seguito. L’accesso alle cure riformula lo spazio di vulnerabilità delle persone sieropositive, controllandolo. La disponibilità di cure quindi non eradica lo stigma, bensì porta quest’ultimo ad essere responsabile e creatore di questo stesso varco di vulnerabilità (McGrath et al., 2014). Credo si possa estendere tale riflessione dicendo quindi che anche l’accesso alla prevenzione può depotenziare e riscrivere tale spazio di vulnerabilità secondo binari e binarismi prestabiliti;

---

*study* a cui mi riferirò) sono stati registrati tra uomini di età compresa tra 21 e 55 anni e i dati epidemiologici hanno attestato che le infezioni, trasmesse dal contatto intimo pelle-pelle, avvenivano quasi esclusivamente tra gli uomini che avevano rapporti sessuali con altri uomini (MSM) (Birch et al., 2024) All’inizio della campagna di vaccinazione dell’estate 2022, la domanda di vaccino contro il vaiolo superava l’offerta sul mercato. Tale penuria ha quindi portato a dover selezionare le persone interessate tramite l’accertamento della loro idoneità, chiedendo loro di indicare la potenziale appartenenza a ‘gruppi ad alto rischio’. Di conseguenza, ciò significava obbligarle a rivelare il loro comportamento o orientamento sessuale. Emerse però come ciò potesse costituire un deterrente all’accesso alle cure preventive. Alcune persone, infatti, sembravano a disagio quando veniva chiesto loro di rivelare la propria identità di genere e/o il proprio orientamento sessuale. Inoltre, chi non rivelava il proprio comportamento sessuale si vedeva negata la vaccinazione (Birch et al, 2024). Un’altra ricerca rilevò una generale esitazione a sottoporsi al vaccino dovuta alla sua diretta associazione con una presunta omosessualità (Agroia et al. 2023). Da ciò si evidenzia lo stigma interiorizzato nelle persone legato alla socializzazione in contesti prevalentemente eterosessisti e omofobici.

il rapporto con la prevenzione può infatti essere differenziato, incentrato sulla persona, sieropositiva o meno che sia, intesa come detentrica di diritto al sesso. Quest'ultimo può venire rivendicato da un lato grazie a procedure farmacologizzanti, dall'altro agendo consensualmente nelle pratiche sessuali intraprese.

Per quanto riguarda però l'aspettativa di estirpare lo stigma forse bisogna riconoscerne i limiti, concependo ed accettando l'esistenza situazionale, mutevole e (s)fuggevole dello stigma. Per questo è quindi produttore di una vulnerabilità che è anch'essa situazionale (Mackenzie et al., 2014). Pertanto, fattori personali, economici, sociali e culturali concorrono nel determinare la vulnerabilità di una persona che deve poi essere analizzata in termini intersezionali. Tuttavia, proprio a partire dalla vulnerabilità, si può fornire un nuovo paradigma di riconoscimento dei diritti, ridefinendo il soggetto di diritto come dipendente o interdipendente anziché indipendente (Fineman, 2010). Secondo Fineman (2010), pensare in termini di vulnerabilità permette l'andare oltre ai concetti di genere e identità, promuovendo l'eguaglianza come reciprocità e mutuo riconoscimento. Fineman (2010) inoltre critica la tradizionale definizione di vulnerabilità legata all'esposizione ad un rischio o alla possibilità di un danneggiamento, proponendo invece una visione in cui la vulnerabilità sia una condizione universale e condivisa.

È cruciale quindi provare a ripartire da una rielaborazione della dimensione di vulnerabilità per spostare l'attenzione verso un approccio che valorizzi le persone come soggetti dotati di pieno diritto al sesso consensuale e sicuro. In questa accezione, il *focus* si sposta sulla capacità di azione della persona come detentrica di diritto al sesso in modo da riformulare le strategie di prevenzione sulla base del concetto di consenso (Chandiramani, 2012; Padgug, 1979), in linea con quanto approfondito anche nel Capitolo 2.

All'interno di questa prospettiva, si preannuncia uno scenario complesso che considera l'eterogeneità dei desideri sessuali individuali e la varietà di modi in cui il sesso è inteso ed espresso in contesti temporali, relazionali e spaziali. Al centro di questo approccio si pone il principio del consenso come regolatore delle interazioni sessuali, sfidando le convenzioni culturali tradizionalmente associate alla procreazione, al matrimonio, agli stili relazionali e ai ruoli di genere. In questo senso la persona, sieropositiva o meno, è detentrica di *agency* e rielabora le strategie presenti nella sua interazione sessuale con le altre persone. Questa prospettiva implica un cambiamento significativo nella percezione sociale, in quanto la narrazione egemone tende a concentrarsi sulla paura e sul rischio associati al contagio, piuttosto che sulle possibilità di una vita sessuale soddisfacente e sicura. Supportate non solo dalla disponibilità di farmaci antiretrovirali, ma anche dalla consapevolezza e dalla pratica

di comportamenti sessuali condivisi, questa visione promuove una cultura del rispetto reciproco e della consapevolezza dei diritti sessuali di tutte le persone, indipendentemente dal loro stato sierologico, collegando pratiche politiche e slanci rivoluzionari/utopistici.

### **4. 3 Il consenso nelle strategie comportamentali di riduzione del rischio per la prevenzione dell'HIV**

Il concetto di consenso rappresenta un punto di partenza anche nei casi in cui le soluzioni farmacologiche biomedicalizzanti vengano messe tra parentesi, per abbracciare invece strategie comportamentali di riduzione del rischio<sup>11</sup>. Si sono infatti affermate una serie di azioni che rientrano in una forma di prevenzione che si manifesta attraverso accordi tra le persone coinvolte nelle pratiche sessuali, garantendo che ogni persona sia compartecipe nell'elaborazione delle modalità di protezione dal virus.

Si è registrato quindi lo sviluppo di strategie di adattamento dei comportamenti sessuali in rapporto ad una complessa interazione tra progresso biomedico, trasformazioni sociali e *agency* individuale nella gestione del rischio di HIV. Nello specifico si tratterà il posizionamento strategico, la strategia di sicurezza negoziata e il *sierosorting*. Questi tre casi rappresentano una risposta inventiva nel gestire il rischio sessuale contagio (Kippax e Race, 2003).

#### **4. 3. 1 Posizionamento strategico**

In linea con il processo di medicalizzazione, le persone hanno assorbito le conoscenze sui marcatori clinici, come lo stato del test e la carica virale. Una volta compreso il linguaggio medico sulle modalità di trasmissione, hanno elaborato delle strategie di prevenzione e di riduzione del rischio sostenibili e che potessero essere integrate nella loro vita quotidiana.

---

<sup>11</sup> Per una breve menzione alla tradizione delle pratiche comportamentali di riduzione del rischio si può fare riferimento allo sviluppo di specifiche competenze nel caso del *sex working*. Strategie di selezione della clientela - in rapporto al potere di contrattazione detenuto - sono di fondamentale importanza per prevenire situazioni pericolose e gestire la propria attività in sicurezza. Infatti, la violenza si verifica con il superamento dei limiti concordati sulla prestazione e/o sulla tariffa, ma questo si può contrastare anche nel processo di adescamento, che permette di allontanare la clientela indesiderata rappresentando un importante momento per tutelarsi (Pilotto, 2010; Garofalo Geymonat, 2014; Zollino, 2021).

Un esempio ben chiaro di tale dinamica dimostra come la diffusione delle conoscenze biomediche abbia sviluppato una chiara comprensione dei rischi nel caso di rapporti anali insertivi non protetti rispetto a quelli ricettivi non protetti (Elford, 2006) nel contesto MSM (ovvero quello di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini).

Nello specifico si è dimostrato che la trasmissione dell'HIV è più probabile se l'uomo sieropositivo è il partner insertivo e l'uomo sieronegativo il partner ricettivo. Di conseguenza, tale conoscenza si è tradotta nella rielaborazione comportamentale del posizionamento strategico. Secondo quest'ultima, il rischio di trasmissione può quindi essere ridotto se l'uomo sieronegativo è il partner insertivo e l'uomo sieropositivo il partner ricettivo. Di conseguenza, con alterazioni dei ruoli negli *script* sessuali<sup>12</sup> come strategia di prevenzione dell'HIV. Entrano in gioco quindi fattori di modifica e di valorizzazione delle pratiche piuttosto che la loro astensione, come avviene anche nel caso degli approcci associati alla sicurezza negoziata (Kippax e Race, 2003).

#### **4.3.1 La sicurezza negoziata**

Un numero significativo di uomini utilizza la sicurezza negoziata come strategia di prevenzione dell'HIV (Kippax et al., 1997). Tale pratica comporta la possibilità di rinunciare ai dispositivi di barriera (generalmente il preservativo, nel caso degli uomini *cisgender*) all'interno di relazioni sessuali regolari sieronegative, purché vengano negoziati accordi sessuali per coprire o regolamentare i comportamenti sessuali al di fuori di queste relazioni regolari. Questa dipende non solo dalla sierocoordinanza, ma anche dalla presenza di un accordo interno tra le persone interessate.

La sicurezza negoziata potrebbe sembrare avere qualche somiglianza con la strategia della monogamia, che ricorda il '*Be faithful*' dell'ABC del piano comportamentale PEPFAR. A

---

<sup>12</sup> I copioni sessuali (*sexual scripts*) sono «mappe di significati e comportamenti posti in essere dai gruppi sociali e trasformati da ciascun individuo al fine di contestualizzare le proprie esperienze, emozioni e prestazioni (sessuali)» (Cappotto e Rinaldi, 2016, p.212). La teoria dei copioni sessuali, elaborata da Simon e Gagnon (1973), fornisce un metodo per esaminare come le persone strutturino e creino i propri significati e comportamenti legati alla sfera sessuale; le persone non rispondono soltanto agli impulsi fisiologici legati al sesso, ma il loro sistema di simboli svolge un ruolo fondamentale nell'organizzazione (sociale) delle loro esperienze sessuali. Di conseguenza, i simboli, la loro creazione e la loro condivisione, contribuiscono alla formazione dell'esperienza sessuale (Cappotto e Rinaldi, 2016).

differenza però della monogamia, la sicurezza negoziata contempla la possibilità di raggiungere un accordo sui rapporti sessuali al di fuori della relazione: tale patto potrebbe includere l'astensione dal sesso, ma non si limita a ciò. Piuttosto, ciò che viene negoziato è che tutti i comportamenti sessuali al di fuori della relazione siano sicuri. Pertanto, seppur la sicurezza negoziata si basi sulla possibilità di rinuncia dei dispositivi di barriera in quella che viene identificata come la relazione regolare, essa tuttavia produce significati molto diversi. Nella sicurezza negoziata, non ci sono presupposti di sieronegatività, né una dimensione di fedeltà continuativa, ma sono le persone che, in qualità di agenti, danno un senso al rischio di rinunciare ai dispositivi di barriera all'interno delle loro relazioni sessuali, modificando la loro pratica in modo sicuro e tramite il raggiungimento di un accordo. Questo approccio mira a ridurre il rischio riconoscendo la complessità delle relazioni sessuali e le esigenze individuali (Kippax e Race, 2003).

#### **4.3.3 Il *sierosorting***

Infine, già dal 1996, un numero crescente di MSM ha iniziato a usare Internet per cercare partner sessuali facendo una sieroselezione su Internet (Elford, 2006). In questo modo gli uomini sieropositivi avevano maggiore probabilità di incontrare altri uomini sieropositivi per fare sesso non protetto. Più in generale, si tratta(va) di una pratica per la quale le persone scelgono partner in base al loro stato di sieropositività, al fine di intraprendervi attività sessuali. La selezione *online* può favorire l'incontro di altre persone sieropositive per fare sesso non protetto, riducendo quindi il rischio di trasmissione dell'HIV tra persone non infette. Comporta però ancora un rischio di trasmissione di altre MST e di coinfezione con virus resistenti. Tuttavia internet svolge un ruolo significativo nel facilitare il *sierosorting*, in quanto le persone sieropositive trovano il *web* meno stigmatizzante rispetto agli ambienti *offline*, il che lo rende più confortevole per le attività di sierosorveglianza (Elford, 2006).

Quindi la formulazione di approcci comportamentali in risposta al rischio di HIV si afferma fondamentalmente grazie all'effetto integrato dell'*agency* individuale e delle conoscenze biomediche. L'esposizione a queste ultime ha infatti dato modo alle strategie rielaborate di radicarsi, restituendo alle comunità e agli individui l'agentività che già i movimenti sociali per l'HIV avevano favorito con la messa in discussione della verticale relazione personale tra medico e persona in cura, a vantaggio di modalità *peer-to-peer* di trasmissione delle conoscenze (Conigli bianchi e PrEP in Italia, 2023).

## 4.4 Conclusion

Partendo dall'analisi del processo di biomedicalizzazione effettuata nel precedente capitolo, ho evidenziato il suo legame nell'affermazione di un modello di gestione del virus incentrato sul *Self Management*. Quest'ultimo, applicato non solo alla prevenzione ma anche alle persone in terapia ART/HAART, dovrebbe rendere l'HIV una malattia cronica gestibile. Tuttavia, dopo aver esaminato il programma di *Positive Living* e la complessa pretesa di gestione dell'identità tra malattia e vita normale, si è notato che l'HIV è un caso *sui generis* e non può essere semplicemente considerato una malattia cronica a causa dello stigma ad esso associato. Infatti, nel contesto della cronicità legata all'HIV, il virus presenta sfide uniche, poiché è investito dallo stigma che rende difficile, ad esempio, la divulgazione del proprio stato di malattia e può aumentare lo stress già dovuto alla sieropositività, facendo emergere la necessità di ridurre l'aspettativa di cui le persone sono investite nell'adesione a programmi come il *Positive Living*. In ogni caso, secondo alcune ipotesi, la promozione della PrEP e dei programmi di trattamento come prevenzione (TASP) riflettono una tendenza verso soluzioni farmacologiche che avrebbero il potenziale per depoliticizzare e desocializzare l'HIV, estinguendo lo stigma associato, ri-significando e ri-politicizzando in senso diverso il proprio grado di sierocoinvolgimento.

Si è poi visto che, se da un lato l'uso efficace di tali terapie può interrompere la trasmissione del virus, dall'altro non necessariamente elimina lo stigma o la sensibilità verso determinate battaglie di accesso ai diritti sessuali. Al contrario, può essere perpetuato dall'accesso esteso alla terapia antiretrovirale, che ne riformula l'impatto senza risolverlo.

Quindi, mentre la rimedicalizzazione dei corpi può aiutare a combattere il virus, la sua efficacia nel ridurre lo stigma rimane incerta, così come lo restano le campagne rivolte alla popolazione allargata. In ogni caso, l'accesso alle cure ed alla prevenzione può riscrivere lo spazio di vulnerabilità che nasce dallo stigma, attraverso il riconoscimento del diritto al sesso. È fondamentale ripensare la vulnerabilità come elemento di partenza per il riconoscimento di diritti al fine di definire come prerogativa l'affermazione di strategie di prevenzione, siano esse basate su mezzi farmacologici o sul consenso. Infatti, prendendo le mosse dal concetto di consenso, si è riscontrato l'emergere di strategie comportamentali di riduzione del rischio legate all'HIV: ad esempio, il posizionamento strategico, la sicurezza negoziata e il *sierosorting*. La complessa interazione tra progresso biomedico,

trasformazioni sociali e *agency* individuale nella gestione del rischio di HIV sembra aver ridefinito e favorito rielaborazioni comportamentali basate sulla comprensione delle modalità di trasmissione dell'HIV, favorendo accordi tra le persone coinvolte nelle pratiche sessuali. Si nota quindi che l'esposizione alle conoscenze biomediche ha contribuito al radicamento di strategie comportamentali, restituendo agentività alle persone nell'affrontare il rischio di HIV.



## Conclusioni

Questa tesi ha costruito un dibattito che, prendendo le mosse dal caso del virus HIV, ha provato ad esplorare in termini socio-antropologici una serie di discussioni legate al rapporto tra epidemia e geografia del potere e al diritto sessuale. In funzione di questo secondo punto è parso particolarmente rilevante l'avvento della Profilassi Pre-Esposizione (PrEP), dispositivo farmacologico potenzialmente portatore non solo di soluzioni preventive in termini di contagio, ma anche di una carica risignificante il rischio di sieropositività e lo stigma associato al virus.

Per condurre questa esplorazione, è stato ricostruito il panorama disciplinare dell'antropologia medica, fornendo un quadro che richiamasse i contributi anglo-americani, francesi e italiani attraverso le loro principali tappe teoriche. Grazie a queste premesse, in linea con le riflessioni critico-interpretative, è stata inserita la prospettiva teorico-etnografica dell' 'incorporazione' (Csordas, 1990), che ha permesso di soffermarsi sulla centralità delle dinamiche di potere e la loro incorporazione nelle persone. Questo aspetto è particolarmente rilevante per il caso dell'epidemia di HIV. Infatti, la propagazione del virus corrisponde alle caratteristiche del nuovo ordine globale nato dai cambiamenti geopolitici di un capitalismo in trasformazione. Mentre nel Nord del mondo (Boatcă, 2015) alcune persone vivono la loro sieropositività in una condizione di cronicità, chi vive nel Sud del mondo sperimenta una potenziale condanna dovuta alla mancanza di accesso alle cure disponibili nel Nord. Di conseguenza, il grado di esposizione alla letalità del virus è il risultato di logiche di potere e di disuguaglianza incorporate, da cui deriva l'esperienza di 'violenza strutturale' (Farmer, 2003) delle persone. Infatti, la distribuzione dei farmaci è determinata dai sistemi di mercato applicati al biocapitale e dalle priorità finanziarie delle corporazioni farmaceutiche. Sebbene nel Nord del mondo terapie antiretrovirali come la ART e la HAART abbiano trasformato l'HIV in una condizione cronica (non senza perplessità, come approfondito nel caso del *Positive Living* legato al modello di *Self Management*), l'HIV rimane un virus con diverse peculiarità, che gli derivano dallo stigma ad esso associato. Infatti, la riflessione sul funzionamento dei processi di stigmatizzazione ha rilevato come la percezione escludente/screditante degli individui e delle popolazioni ritenute a rischio abbia comportato la diffusione di stereotipi e discriminazioni, rafforzando modelli patologizzanti e medicalizzanti che hanno conferito alla biomedicina un'egemonia sulla

sfera sessuale. Tale dominio biomedico si è espresso anche nell'ambito della prevenzione attraverso soluzioni farmacologizzanti, agevolate da tendenze biomedicalizzanti sempre più adottate dalle persone. In questo scenario si colloca la PrEP, ma, nuovamente, fattori sociali come lo stigma legato alla sessualità e gli stereotipi sul virus hanno depotenziato l'apporto risolutivo del farmaco. La promozione della PrEP e dei programmi di trattamento come prevenzione (TASP) potrebbe infatti depoliticizzare e desocializzare l'HIV, attenuando lo stigma associato. Inoltre, rappresenta un mezzo di autodeterminazione sessuale capace di ri-politicizzare il proprio grado di sierocoinvolgimento. Per questo motivo, la discussione evidenzia l'urgenza di riflettere sullo stigma, ipotizzando che riscrivere lo spazio di vulnerabilità che ne deriva sia funzionale al suo sradicamento.

In questa tesi si è cercato di rileggere alla condizione di vulnerabilità come punto di partenza per il riconoscimento dei diritti. In questo senso, l'analisi della vulnerabilità nel contesto dell'HIV ha mostrato, in termini pratici, come le politiche di prevenzione debbano riconoscere l'importanza di barriere strutturali, al fine di promuovere la salute sessuale come diritto. Parlare di salute sessuale implica una definizione del termine che consideri l'*agency* delle persone sulla propria vita sessuale, tutelandone il diritto sessuale. Un proposito per il futuro, per re-indirizzare in parte i processi, le azioni e le logiche in atto, potrebbe essere quello di spostare il *focus* dalla vulnerabilità e dallo stigma al riconoscimento dei diritti. Ciò significa riconoscere la dimensione decisionale delle persone e l'attribuzione di senso nelle scelte fatte, anche riguardo alla prevenzione dall'HIV. Questa agentività si esprime nella consensualità delle scelte di azione e nelle traiettorie di salute, consentendo alle soggettività di negoziare le decisioni e al corpo di esprimere adesione o resistenza come manifestazioni dell'esercizio del diritto al sesso. Infine, si rileva che l'antropologia medica possa contribuire a un paradigma più completo della salute sessuale e riproduttiva. Il caso dell'HIV ha consentito di riconoscere il carattere politico delle scelte nell'esercizio del diritto sessuale. Lo spostamento dell'attenzione da una vulnerabilità deficitaria e portatrice di stigma alla capacità di azione nelle scelte di prevenzione, siano esse farmacologiche, come nel caso della PrEP, o derivanti da strategie consensuali attuate nei rapporti sessuali, riaffermerebbe i diritti sessuali delle persone. Allo stesso tempo la distribuzione iniqua delle risorse sanitarie, regimentata dalla geografia del potere, inibisce l'esercizio di tale diritto sessuale. Ecco dunque che l'antropologia medica, secondo il suo approccio applicativo e critico, può

giocare un ruolo cruciale nel mettere in luce queste problematiche e dare un potenziale contributo all'avanzamento dei dibattiti, delle politiche, delle azioni messe in campo per occuparsi dei temi discussi in questo elaborato.

## Riferimenti bibliografici

Agamben, G. (1995) *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Torino: Einaudi.

Aggleton, P. e Parker, R. G. (2012, a cura di) *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. London and New York: Routledge.

Aggleton, P. e Parker, R. G. (2003) 'HIV- and AIDS-related stigma and discrimination. A conceptual framework and implications for action', in Aggleton, P. and Parker, R. G. (2007, a cura di.), *Culture, Society and Sexuality: A Reader*. 2nd ed. London and New York: Routledge, pp. 443- 458.

Aggleton, P. e Parker, R. G. (2007, a cura di) *Culture, Society and Sexuality: A Reader*. Second Edition. Sexuality, Culture and Health. London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group.

Agroia, H., Smith, E., Vaidya, A., Rudman, S. e Roy, M. (2023) 'Monkeypox (Mpox) Vaccine Hesitancy Among Mpox Cases: A Qualitative Study', *Health Promotion Practice* doi:10.1177/15248399231215054

Andersen, M. L. (2005) 'Thinking about women: A quarter century's view', *Gender & Society*, 19(4), pp. 437-452.

Ariss, R. M. (1998) *Against Death: The Practice of Living with Aids*. Amsterdam: Gordon and Breach Publishers.

Augé, M. (1986) 'L'anthropologie de la maladie', *L'Homme*, 26(1-2), pp. 81-90.

Bellucci, S. (2009) 'Margaret Mead: la costruzione culturale dell'identità di genere' *Antrocom: Online Journal of Anthropology*, 5(1). Disponibile a: <https://www.antrocom.net/archives/2009/050109/04-Antrocom.pdf>

Benoist, J. (2012) 'The beginnings of medical anthropology in France', *Anthropology e Medicine*, 19(1), pp. 36-38. DOI: 10.1080/13648470.2012.688349

Benton, A., Sangaramoorthy, T. e Kalofonos, I. (2017) 'Temporality and Positive Living in the Age of HIV/AIDS: A Multi-Sited Ethnography', *Current Anthropology*, 58(4), pp. 454–476. <https://doi.org/10.1086/692825>

Berger, P. L. e Luckmann, T. (1997) *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il Mulino.

Bersani, L. (2010) 'Is the Rectum a Grave?' in Bersani, L. *Is the Rectum a Grave? And Other Essays*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 3-30.

Bersani, L. (2011) 'Shame on you' in Halley, J. and Parker, A. (a cura di), *After Sex? On Writing since Queer Theory*. New York: Duke University Press, pp. 91-109. <https://doi.org/10.1515/9780822393627-009>

Biehl, J. (2004) 'The Activist State: Global Pharmaceuticals, AIDS and Citizenship in Brazil', *Social Text*, 22 (3), pp. 105-132. DOI:10.1215/01642472-22-3\_80-105

Birch, L., Bindert, A., Macias, S., Luo, E., Nwanah, P., Green, N., Stamps, J., Crooks, N., Singer, R.M., Johnson, R. e Singer, R.B. (2024) 'When Stigma, Disclosure, and Access to Care Collide: An Ethical Reflection of mpox Vaccination Outreach' *Public Health Reports*, 139(3), pp. 379-384 doi:10.1177/00333549231201617

Boatcă, M. (2015) 'Not having neutral terms does not equal having no terms at all'. Intervista a Manuela Boatcă. Intervistata da Tobias Schwarz per Concepts of the Global South - *Voices from around the world*, pp. 16-18 [online]. Disponibile a: [https://www.researchgate.net/publication/307082448\\_Interview\\_Concepts\\_of\\_the\\_Global\\_South\\_2015](https://www.researchgate.net/publication/307082448_Interview_Concepts_of_the_Global_South_2015) (Consultato: 15 Aprile 2024).

Bolten, C. E. (2017) Peer commentary su: Benton, A., Sangaramoorthy, T. e Kalofonos, I. (2017) 'Temporality and Positive Living in the Age of HIV/AIDS: A Multi-Sited Ethnography', *Current Anthropology*, 58(4), 454–476. <https://doi.org/10.1086/692825>

Bourdieu, P. (1998) *Il dominio maschile*. Milano: Feltrinelli.

Buoro, S., e da Rin, G. (2020) 'Conta dei Linfociti CD4', *Labtestsonline*. Società Italiana di

Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica (SIBioC), 8 Luglio. Disponibile a: <https://labtestsonline.it/lto-tests/conta-dei-linfociti-cd4.html> (Consultato: 12 maggio 2024).

Busoni, M. (2000). *Genere, sesso, cultura: Uno sguardo antropologico*. Roma: Carocci.

Butler, J. (1991) 'Imitation and gender insubordination', in Mann, S. A. e Patterson, A. S. (a cura di), *Reading feminist theory: From modernity to postmodernity*. New York, Oxford: Oxford University Press, pp. 317–321.

Cáceres, C.F. e Race, K. (2012) 'Knowledge, power and HIV/AIDS. Research and the global response' in Aggleton, P. and Parker, R. G. (a cura di), *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. London and New York: Routledge, pp. 175 – 184.

Cappotto, C. e Rinaldi, C. (2016) 'I copioni sessuali di William Simon e John H. Gagnon', *Studi culturali*, 13(2), pp. 209-242. doi: 10.1405/84525

Cardano, M., Giarelli, G., Vicarelli, G. (2020) *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: il Mulino.

Chandiramani, R. (2012) 'Bodies and beyond. Where sexual health meets sexual rights', in Aggleton, P. and Parker, R. G. (a cura di), *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. London and New York: Routledge, pp. 351- 358.

Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. e Fishman, J. R. (2003) 'Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine', *American Sociological Review*, 68(2), pp. 161-194. <https://doi.org/10.1177/000312240306800201>

Comaroff, J. (2006) 'Oltre la politica della nuda vita. L'AIDS e l'ordine neoliberista', *Antropologia: sofferenza sociale*, 6 (8), pp. 51 – 70. <https://doi.org/10.14672/ada2006146%25p>

Comelles, J.M. (2002) 'Writing at the margin of the margin: Medical anthropology in Southern Europe', *Anthropology e Medicine*, 9 (1), pp. 7-23.

Conigli Bianchi e PrEP in Italia (2023) *Sierocoinvolta: la rivoluzione sessuale riparte dall'HIV*. Torino: Eris.

Coppo, P. (2000), 'Politiche e derive dell'etnopsichiatria', *I Fogli di ORISS. Luoghi e lingue di confine tra antropologia e psicologia, medicina e psichiatria*, (13-14), pp. 119-140.

Costantini, O. (2016) 'La politica e la sua materia', *Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 18 (41-42), pp. 298-302.

Croteau, D., Hoynes, W., Rossi, E., Antonelli, F., Croteau, D., Rossi, E., Antonelli, F., Rossi, E., e Antonelli, F. (2018). *Sociologia generale: temi, concetti, strumenti*. 2nd edn. Milano: McGraw-Hill education.

Csordas, T. J. (1990) 'Embodiment and experience. The existential ground of culture and self', *Ethos Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 18(1), pp. 5- 47.

Dei, F. (2012) *Antropologia culturale*. Bologna: il Mulino.

Dei, F. (2014) 'Antropologia medica e pluralismo delle cure', *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 16(37). Disponibile a: <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/341> (Consultato: 5 giugno 2024).

Dei, F. (2019) 'La categoria di medicina popolare nella storia degli studi demologici italiani', *Lares*, 85(3), pp. 401–426. <https://www.jstor.org/stable/27099025>

De Martino, E. (1948) *Il mondo magico*. Torino: Universale Scientifica Boringhieri.

De Martino, E. (1961) *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud*. Milano: Il Saggiatore.

Devereux, G. (1973) *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard; trad. it. Saggi di etnopsichiatria generale. Roma: Armando Armando, 1978.

Dominguez, J., Franks, M., e Boschma, J. H. (2017) 'Feminist Anthropology', *Anthropology*, 24 April 2017, Disponibile a: [anthropology.ua.edu/theory/feminist-anthropology/](http://anthropology.ua.edu/theory/feminist-anthropology/).

Douglas, M. (1975) *Purezza e pericolo: un'analisi dei concetti di contaminazione e tabu*. Bologna: Il Mulino.

Dutton, E. C. (2018) 'Determinism, Cultural' in Callan, H. (ed.) *The International Encyclopedia of Anthropology*, 4 September 2018 <https://doi.org/10.1002/9781118924396.wbiea1293>

Elford, J. (2006) 'Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy', *Current opinion in infectious diseases*, 19(1), pp. 26–32. <https://doi.org/10.1097/01.qco.0000199018.50451.e1>

Erickson, P.I. (2011) 'Sexuality, Medical Anthropology, and Public Health', in Singer, M. and Erickson, P.I. (a cura di), *A Companion to Medical Anthropology*. Chichester: Wiley-Blackwell, pp. 542-573. <https://doi.org/10.1002/9781444395303.ch13>

Fainzang, S. (2001) 'Medical Anthropology, a tool for Social Anthropology', *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 6 (11-12) Disponibile a: <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/111> (Consultato: 20 maggio 2024).

Farmer, P. (2003) 'Sofferenza e violenza strutturale. I diritti sociali ed economici nell'era globale' in Quaranta, I. (a cura di) *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Cortina, pp. 265-303.

Farmer, P. (2006), 'Un'antropologia della violenza strutturale', *Antropologia: sofferenza sociale*, 6 (8), pp. 19 – 47. <https://doi.org/10.14672/ada2006145%0p>.

Fassin, D. (2001) 'La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia ' in Quaranta, I. (a cura di), *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Cortina, pp. 303-322.

Fassin, D. (2014) 'Cinque tesi per un' antropologia medica critica', *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 16 (37). Disponibile a: <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/338> (Consultato: 27 maggio 2024).

Fassin, D. (2018) *Ragione umanitaria. Una storia morale del presente*. Roma: DeriveApprodi.

Fineman, M. (2010), 'The Vulnerable Subject and the Responsive State', *Emory Law Journal*, 60(2), pp. 251-275. <https://scholarlycommons.law.emory.edu/elj/vol60/iss2/1>

Foucault, M. (1969) *Nascita della clinica. Un' archeologia dello sguardo medico*. Torino: Einaudi.

Foucault, M. (1976) *Histoire de la sexualité, 1: La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.; trad. it. *Storia della sessualità 1: La volontà di sapere*. Milano: Feltrinelli 2009.

Foucault, M. (1993) *Sorvegliare e punire*. Torino: Einaudi.

Freidson, E. (1970) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Aldine.

Fusaschi, M. (2021a) 'Genealogie femministe ed etnografia di genere', *Etnografia e ricerca qualitativa*, 14(1), pp. 121-130. doi: 10.3240/100511

Fusaschi, M. (2021b) 'Making the Invisible Ethnography Visible: The Peculiar Relationship Between Italian Anthropology and Feminism', in: Matera, V. e Biscaldi, A. (a cura di), *Ethnography: A Theoretically Oriented Practice*. Londra: Palgrave Macmillan, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-51720-5\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-030-51720-5_16)

Gagnon, J.H. e Simon, W. (1973) *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Chicago: Aldine.

Garofalo Geymonat, G. (2014) *Vendere e comprare sesso. Tra piacere, lavoro e prevaricazione*. Bologna: Il mulino.

Goffman, E. (2003) *Stigma: l'identità negata*. Verona: Ombre corte.

Good, B. J. (1977) 'Il cuore del problema. la semantica della malattia in Iran' in Quaranta, I. (a cura di) *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Cortina, pp. 31-75.

Gordon, L. (2016) 'Intersectionality', socialist feminism and contemporary activism: musings by a second-wave socialist feminist', *Gender & History*, 28(2), pp. 340–357. [https://doi.org/ 10.1111/1468-0424.12211](https://doi.org/10.1111/1468-0424.12211)

Hasan, K. A. (1975) 'What Is Medical Anthropology?', *Medical Anthropology Newsletter*, 6(3), pp. 7–10. <http://www.jstor.org/stable/648085>

Heiman, J.R. (2012) 'Research innovation. Alfred C. Kinsey's legacy and the Kinsey Institute for Research in Sex, Gender, and Reproduction', in Aggleton, P. e Parker, R. G. (a cura di), *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. London and New York: Routledge, pp. 37-44.

Herdt, G. (2012), 'Anthropological foundations of sexuality, health and rights', in Aggleton, P. e Parker, R. G. (a cura di), *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. London and New York: Routledge, pp. 19-27.

Hours, B. (1999) 'Vingt ans de développement de l'anthropologie médicale en France', *Socio-anthropologie*, 15 gennaio 2003, Disponibile a: <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.50> (Consultato: 24 Maggio 2024).

Kippax, S., Noble, J., Prestage, G., Crawford, J. M., Campbell, D., Baxter, D., e Cooper, D. (1997) 'Sexual Negotiation in the "AIDS Era": Negotiated Safety Revisited', *AIDS*, 11 (2): 191–197.

Kippax, S. e Race, K. (2003) 'Sustaining Safe Practice: twenty years on', *Social Science and Medicine*, 57(1), pp. 1–12. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00303-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00303-9)

Kippax, S. (2012), 'Safe sex. It's not as simple as ABC', in Aggleton, P. e Parker, R. G. (a cura di), *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. London and New York: Routledge, pp. 184 – 192.

Kleinman, A. (1978) 'Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali' in Quaranta, I. (a cura di) *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Cortina, pp. 5-31.

Lanternari, V. (2003) 'Terapie non convenzionali e pluralità di scelte terapeutiche', *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 8(15-16). Disponibile a: <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/162> (Consultato: 25 maggio 2024).

Lavenda, R. H. e Schultz E. A. (2021) *Antropologia culturale*. Bologna: Zanichelli.

Leatherman, T. e Goodman, A.H. (2011) 'Critical Biocultural Approaches in Medical Anthropology' in Singer M. and Erickson P.I. (a cura di), *A Companion to Medical Anthropology* Chichester: Wiley-Blackwell, pp. 112- 147. <https://doi.org/10.1002/9781444395303.ch2>

Li, T. M. (2007) 'Governmentality', *Anthropologica*, 49(2), pp. 275–281. <http://www.jstor.org/stable/25605363>

Lyons, A. P. e Lyons, H. D. (2004) *Irregular Connections: A History of Anthropology and Sexuality*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Mackenzie, C., Rogers, W. e Dodds, S. (2014, a cura di) *Vulnerability. New essays in ethics and feminists' philosophy*. Oxford: Oxford University Press.

Mahmud, L. (2021) 'Feminism in the House of Anthropology', *Annual Review of Anthropology*, 50 (2021), pp. 345-361. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-anthro-101819-110218>

Marcelin, L. H. (2017) Peer commentary su: Benton, A., Sangaramoorthy, T. e Kalofonos, I. (2017) 'Temporality and Positive Living in the Age of HIV/AIDS: A Multi-Sited Ethnography', *Current Anthropology*, 58(4), 454–476. <https://doi.org/10.1086/692825>

Mattes, D. (2011) "'We are just supposed to be quiet": The Production of Adherence to Antiretroviral Treatment in Urban Tanzania', *Medical Anthropology*, 30(2), pp. 158–182. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.552454>

Maturo, A., Esposito, M., e Tognetti, M. (2020) 'Medicalizzazione, biomedicalizzazione e farmacologizzazione' in Cardano, M., Giarelli, G., Vicarelli, G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: il Mulino, pp. 363 – 367.

Mauss, M. (1965) *Teoria generale della magia e altri saggi*. Torino: Einaudi.

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., e Rwabukwali, C. B. (2014) 'Challenging the paradigm: anthropological perspectives on HIV as a chronic disease', *Medical anthropology*, 33(4), pp. 303–317. <https://doi.org/10.1080/01459740.2014.892483>

Mkhwanazi, N. (2017) Peer commentary su: Benton, A., Sangaramoorthy, T. e Kalofonos, I. (2017) 'Temporality and Positive Living in the Age of HIV/AIDS: A Multi-Sited Ethnography', *Current Anthropology*, 58(4), 454–476. <https://doi.org/10.1086/692825>

Mohanty, C. T. (1991) 'Under western eyes: feminist scholarship and colonial discourses', in Mann, S. A. e Patterson, A. S. (a cura di), *Reading feminist theory: From modernity to postmodernity*. New York, Oxford: Oxford University Press, pp. 493–499.

Moyer, E. e Hardon, A. (2014) 'A disease unlike any other? Why HIV remains exceptional in the age of treatment', *Medical anthropology*, 33(4), pp. 263–269. <https://doi.org/10.1080/01459740.2014.890618>

Nathan, T. (1996) *Principi di etnopsicanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.

Nguyen, V. (2006) 'Attivismo, farmaci antiretrovirali e riplasmazione del sé come forme di cittadinanza biopolitica', *Antropologia: sofferenza sociale*, 6 (8), pp. 72 – 92. <https://doi.org/10.14672/ada2006147%25p>

Nguyen, V. K., Bajos, N., Dubois-Arber, F., O'Malley, J., e Pirkle, C. M. (2011) 'Remedicalizing an epidemic: from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention', *AIDS* (London, England), 25(3), pp. 291–293. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3283402c3e>

Nguyen, V. (2017) Peer commentary su: Benton, A., Sangaramoorthy, T. e Kalofonos, I. (2017) 'Temporality and Positive Living in the Age of HIV/AIDS: A Multi-Sited Ethnography', *Current Anthropology*, 58(4), 454–476. <https://doi.org/10.1086/692825>

Padgug, R. A. (1979), 'Sexual matters. On conceptualizing sexuality in history', in Aggleton, P. e Parker, R. G. (a cura di) (2007), *Culture, Society and Sexuality: A Reader*. London and New York: Routledge, pp. 17-30.

Padian, N., Buvé, A., Balkus, J., Serwadda, D. e Cates, W. (2008) 'Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward', *Lancet*, 372 (9638), pp. 585–599. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60885-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60885-5)

Paiva, V., Ayres, J. R., e Gruskin, S. (2012), 'Being young and living with HIV: the double neglect of sexual citizenship', in Aggleton, P. e Parker, R. G. (a cura di), *Routledge Handbook of Sexuality, Health and Rights*. London and New York: Routledge, pp. 422- 433.

Parsons, T. (1951) *The social system*. Glencoe, Illinois: The French Press.

Pilotto, C. (2010) 'Dal servizio sessuale alla prostituzione. Una ricerca etnografica tra prostitute francesi e migranti' in Ribeiro Corossacz, V. e Gribaldo, A. (a cura di), *La produzione del genere. Ricerche etnografiche sul femminile e sul maschile*. Verona: Ombre corte, pp. 29- 47.

Pizza, G. (2003) 'Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona', *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*,

8(15-16).

Disponibile

a

<https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/161> (Consultato: 25 maggio 2024).

Pizza, G. (2005) *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci.

Pompeo, F. (2018) *Elementi di antropologia critica*. Torino: Meti.

Prince, R.J. (2017) Peer commentary su: Benton, A., Sangaramoorthy, T. e Kalofonos, I. (2017) 'Temporality and Positive Living in the Age of HIV/AIDS: A Multi-Sited Ethnography', *Current Anthropology*, 58(4), 454–476. <https://doi.org/10.1086/692825>

Quaranta, I. et al. (2006a) *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Cortina.

Quaranta, I. (2006b) *Corpo, potere e malattia: antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*. Roma: Meltemi.

Quaranta, I. (2006c) 'Introduzione', *Antropologia: sofferenza sociale*, 6 (8), pp. 5 – 15. <https://doi.org/10.14672/ada2006144%25p>

Ranisio, G. (2019) 'Salute sessuale e riproduttiva: un concetto da rivedere?', *EtnoAntropologia*, 7(1), pp. 9–18. Disponibile a: <https://rivistecleub.it/index.php/etnoantropologia/article/view/301> (Consultato: 6 maggio 2024).

Rose, N. (2008) *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*. Torino: Einaudi.

Said, E. W. (1991) *Orientalismo*. Torino: Bollati Boringhieri.

Scandlyn, J. (2000) 'When AIDS became a chronic disease', *The Western journal of medicine*, 172(2), pp. 130–133. <https://doi.org/10.1136/ewjm.172.2.130>

Scheper-Hughes, N. e Lock, M.M. (1987) 'The Mindful Body: A Prolegomenon to Future

Work in Medical Anthropology', *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), pp. 6–41.

Scheper-Hughes, N. e Lock, M.M. (1990) 'Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta' in Quaranta, I. (a cura di) *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Cortina, pp. 149- 194.

Schirripa, P. (2003) 'La solitudine dei feticci. Alcune considerazioni sulle politiche dell'etnopsichiatria alla luce di una recente polemica francese', *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 8(15-16) Disponibile a: <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/171> (Consultato: 24 maggio 2024).

Schirripa, P. (2015) *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, percezioni degli oggetti materiali della cura*. Lecce: Argo Editrice.

Schoepf, B. G. (2001) 'International AIDS Research in Anthropology: Taking a Critical Perspective on the Crisis', *Annual Review of Anthropology*, 30, pp. 335-336.

Seppilli, T. (2006) 'Etnomedicina e Antropologia medica: un approccio storico-critico', *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 11(21-26). Disponibile a: <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/231> (Consultato: 5 giugno 2024).

Seppilli, T. (2012) 'Itineraries and specificities of Italian medical anthropology', *Anthropology e Medicine*, 19(1), pp. 17-25, DOI: 10.1080/13648470.2012.660472

Seppilli, T. (2014) 'Antropologia medica e strategie per la salute. Relazione introduttiva al Convegno', *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 16(37). Disponibile a: <https://www.amantropologiamedica.unipg.it/index.php/am/article/view/337> (Consultato: 25 maggio 2024).

Shapiro, J. (1981) 'Anthropology and the study of gender', *Soundings*, 64(4), pp. 446-465.

Sobo, E.J. (2011) 'Medical Anthropology in Disciplinary Context: Definitional Struggles

and Key Debates (or Answering the Cri Du Coeur)' in Singer, M. e Erickson, P.I. (a cura di), *A Companion to Medical Anthropology*. Chichester: Wiley-Blackwell, pp. 75-111. <https://doi.org/10.1002/9781444395303.ch1>

Strathern, M. (1987) 'An Awkward Relationship: The Case of Feminism and Anthropology' *Signs*, 12(2), pp. 276-292.

Swendeman, D., Ingram, B. L. e Rotheram-Borus, M. J. (2009) 'Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework', *AIDS Care*, 21(10), pp. 1321–1334. <https://doi.org/10.1080/09540120902803158>

Taussig, M. T. (1980) 'Reificazione e coscienza del paziente' in Quaranta, I. (a cura di) *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Cortina, pp. 75-107.

Treichler, P. (1999) *How to Have Theory in an Epidemic: Cultural Chronicles and AIDS*. Durham: Duke University Press.

Vance, C. S. (1991), 'Anthropology rediscovers sexuality: A theoretical comment', *Social Science & Medicine*, 33(8), pp. 875-884.

Vargas, A.C. (2012), 'Antropologia Medica' in Kottak C. P. (a cura di) *Antropologia Culturale (2ed italiana a cura di Laura Bonato)*. Milano: McGraw-Hill, pp. 94 – 96.

World Health Organization (2022) *Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: update to WHO implementation guidance*. Technical Brief. Geneva: World Health Organization. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization (2023) *Epidemiological fact sheet: HIV statistics, globally and by WHO region*. Geneva: World Health Organization. Disponibile a: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf?sfvrsn=5cbb3393\\_7](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf?sfvrsn=5cbb3393_7)

Young, A. (1982) 'Antropologie della "illness e della "sickness"' in Quaranta, I. (a cura di) *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Milano: Cortina, pp. 107-149.

Zito, E. (2017) 'Ripensare alla 'marginalità' dell'antropologia medica in Italia. Politiche di resistenza per tutta l'antropologia', *Narrare i Gruppi*, 12 (1), pp. 89-101 Disponibile a: <https://www.narrareigruppi.it/index.php?journal=narrareigruppiepage=articleop=viewepath%5B%5D=324epath%5B%5D=pdf> 80

Zollino, G. (2021) *Sex work is work*. Torino: Eris