

AM

L'interpretazione dei malesseri e delle malattie e i sistemi di difesa della salute nei vari contesti sociali e nelle differenti civiltà. Pluralità delle figure di operatori di salute e dei saperi e pratiche di prevenzione e guarigione: dagli sciamani ai medici occidentali. Difesa della salute e orizzonti magico-religiosi: la questione della efficacia delle terapie rituali. I problemi della calibrazione dei servizi sanitari nelle società multiculturali. La questione dell'integrazione di differenti medicine. Un panorama della vasta e complessa fenomenologia che costituisce il "versante sociale" delle dinamiche di salute/malattia. Le tecniche del corpo. Sogno, estasi, possessione e altri stati di coscienza. Processi di condizionamento socio-culturale, mediazioni neuropsichiche e meccanismi corporei di autoguarigione o di autodistruzione.

AM

35-36

AM



35-36 / ottobre 2013

AM

Un periodico semestrale dedicato alla ricerca e all'informazione in etnopsichiatria e in antropologia medica. Uno strumento di riflessione critica sulle strategie planetarie di promozione della salute in apertura del terzo millennio.



AM

The interpretation of illness and sickness, and the systems for preserving and restoring health in various social contexts and different civilizations. Kind of therapeutic operators and plurality of prevention and recovery knowledge and practices: from shamans to western medical doctors. Health preservation and magical-religious perspectives: the question of ritual therapies effectiveness. The question of adjusting health care delivery systems in multicultural societies. An outline of the complex and wide phenomenology of the "social side" of health/sickness dynamics.

Body techniques. Dream, ecstasy, possession and other states of consciousness. Processes of socio-cultural conditioning, neuropsychical mediations and bodily devices of self-healing and self-destruction.

AM

A six-monthly journal devoted to research and information on ethnopsychiatry and medical anthropology. A tool for critical reflection on world strategies for promoting health at the beginning of the third millennium.



€ 40,00

Regione Umbria

ISBN 978-88-8234-192-3



9 788882 341923

ARGO

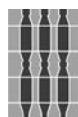
RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia



Pubblicazione realizzata con il contributo della



Regione Umbria





L'immagine di copertina illustra diverse tecniche chirurgiche medievali per la cura delle ferite. Essa è tratta dal manoscritto (Ms. Sloane 1977, British Library, Londra) di una traduzione francese del XIII secolo della *Chirurgia* di Ruggero Frugardo, insigne maestro di chirurgia della Scuola di Salerno, vissuto nella seconda metà del XII secolo. La sua opera, nota anche come *Rogerina*, ebbe grandissima diffusione nel Medioevo e contribuì ad alimentare l'autorità della Scuola medica salernitana, influenzando la tradizione medico-chirurgica europea fino ad epoca rinascimentale.

Il riferimento classico alle opere della Scuola di Salerno è la celebre *Collectio Salernitana* curata dallo storico della medicina napoletano Salvatore De Renzi (1800-1872). Sulla scorta di quella raccolta di testi la *Chirurgia* di Ruggero Frugardo è stata ripubblicata di recente nella traduzione italiana curata da Giuseppe Lauriello, *Post mundi fabricam. Manuale di chirurgia*, Editrice Gaia, Salerno, 2011 (collana "I maestri della scuola medica salernitana").

[GPi]



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di "longevità", risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

AM

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA

35-36
ottobre 2013



Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Perugia

ARGO

Direttore: Tullio Seppilli (*presidente* della SIAM, *presidente* della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute [Perugia], già ordinario di antropologia culturale nella Università di Perugia)

Comitato consultivo internazionale: Naomar Almeida Filho (Universidade federal da Bahia, Salvador) / Jean Benoist (Université de Aix-Marseille) / Gilles Bibeau (Université de Montréal) / Giordana Charuty (Université de Paris X, Nanterre) / Luis A. Chiozza (Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires) / Josep M. Comelles (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Ellen Corin (McGill University, Montréal) / Mary-Jo DelVecchio Good (Harvard Medical School, Boston) / †Els van Dongen (Universiteit van Amsterdam) / Sylvie Fainzang (Institut National de la santé et de la recherche médicale, Paris) / Didier Fassin (École des hautes études en sciences sociales, Paris - Institute for advanced study, Princeton) / Ronald Frankenberg (Brunel University, Uxbridge - University of Keele) / Byron Good (Harvard Medical School, Boston) / †Mirko Grmek (École pratique des hautes études, Paris) / Mabel Grimberg (Universidad de Buenos Aires) / Roberte Hamayon (Université de Paris X, Nanterre) / Thomas Hauschild (Eberhard Karls Universität, Tübingen) / Elisabeth Hsu (University of Oxford) / †Arouna Keita (Département de médecine traditionnelle, Bamako - Université du Mali, Bamako) / Laurence J. Kirmayer (McGill University, Montréal) / Arthur Kleinman (Harvard Medical School, Boston) / Margaret Lock (McGill University, Montréal) / Françoise Loux (Musée national des arts et traditions populaires, Paris) / †Boris Luban-Plozza (Fondazione medicina psicosomatica e sociale, Ascona) / Angel Martínez Hernández (Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona) / Raymond Massé (Université Laval, Québec) / Eduardo L. Menéndez (Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, México DF) / Edgar Morin (École des hautes études en sciences sociales, Paris) / Tobie Nathan (Université de Paris VIII) / Rosario Otegui Pascual (Universidad Complutense de Madrid) / Mariella Pandolfi (Université de Montréal) / Ilario Rossi (Université de Lausanne) / Ekkehard Schröder (Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam) / Allan Young (McGill University, Montréal)

Comitato scientifico: *Il Consiglio direttivo della SIAM:* Roberto Beneduce (Università di Torino) / Donatella Cozzi (Università di Milano Bicocca e di Udine) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Erica Eugeni (Sapienza Università di Roma) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Alessandro Lupo, *vice-presidente* (Sapienza Università di Roma) / Roberto Malighetti (Università di Milano Bicocca) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Pizza (Università di Perugia) / Ivo Quaranta (Università di Bologna) / Gianfranca Ranisio, *vice-presidente* (Università di Napoli "Federico II") / Andrea F. Ravenda (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma) / Tullio Seppilli, *presidente* (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / *Il Delegato della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia):* Lamberto Briziarelli (Università di Perugia)

Comitato di redazione: Donatella Cozzi (Università di Milano Bicocca e di Udine) / Fabio Dei (Università di Pisa) / Paola Falteri (Università di Perugia) / Laura Lepore (Comune di Ferrara) / Alessandro Lupo (Sapienza Università di Roma) / Massimiliano Minelli (Università di Perugia) / Maya Pellicciari (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia) / Giovanni Pizza, *coordinatore* (Università di Perugia) / Pino Schirripa (Sapienza Università di Roma)

Editing: Maria Margherita Tinarelli (Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia)

Progetto grafico: Alberto Montanucci e Enrico Petrangeli (Orvieto)

Osservatorio	489	Indice
	491	<i>Recensioni</i>
		Giovanni Pizza, <i>Due significativi contributi con gli inediti demartiniani sui guaritori lucani e sul tarantismo salentino</i> [Ernesto DE MARTINO, <i>Ricerca sui guaritori e la loro clientela</i> , introduzione di Clara GALLINI, a cura di Adelina TALAMONTI / Ernesto DE MARTINO, <i>Etnografia del tarantismo pugliese. I materiali della spedizione nel Salento del 1959</i> , a cura di Amalia SIGNORELLI e Valerio PANZA], 491 / Tullio Seppilli, <i>Un trattato italiano di "psichiatria sociale"</i> [Pietro BRIA - Emanuele CAROPPO - Patrizia BROGNA - Marianonietta COLIMBERTI (curatori), <i>Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni</i> , prefazione di Bruno CALLIERI], 495 / Osvaldo Costantini, <i>Storia, verità e memoria. Riduzione e occultamento fra antropologia e clinica del trauma</i> [Roberto BENEDEUCE, <i>Archeologia del trauma. Per un'antropologia del sottosuolo</i>], 502 / Osvaldo Costantini, <i>Agire in quotidiani "stati di eccezione". Note su una etnografia di un Centro di salute mentale</i> [Massimiliano MINELLI, <i>Santi, demoni, giocatori. Una etnografia delle pratiche di salute mentale</i>], 505 / Osvaldo Costantini, <i>Quando la "possibilità etnografica" è limitata. Indagine su due Centri di Permanenza Temporanea</i> [Andrea F. RAVENDA, <i>Alf fuori dalla legge. Migrazione, biopolitica e stato di eccezione in Italia</i>], 508 / Barbara Sorgoni, <i>L'uso pubblico dell'antropologia medica</i> [Ivo QUARANTA - Mario RICCA, <i>Malati fuori luogo. Medicina interculturale</i>], 511 / Erica Eugeni, <i>Cronicità, storie di malattia e tecnologie mediche</i> [Michela Mitola, <i>Il corpo di Pandora. Storie di trapiantati di cuore tra l'attesa e il dono</i>], 514 / Elisa Pasquarelli, <i>Genesi di una categoria diagnostica: la malattia di Alzheimer in prospettiva storica</i> [Matteo BORRI, <i>Storia della malattia di Alzheimer</i>], 518 / Erica Eugeni, <i>Le decisioni di fine vita: dal rapporto medico-paziente allo spazio politico</i> [Carmelo GUARINO, <i>Sul limite. Malattia, società e decisioni di fine vita</i>]. 525
	531	<i>Schede di lettura</i>
	557	<i>Tesi universitarie</i>
In memoria	569	<i>In memoria di Ferruccio Giacanelli</i> (a cura di Tullio Seppilli e de La Rivista)

La morale delle avvertenze.

Circolazione, uso e manipolazione dei farmaci nei campi rom di Roma

Lorenzo Alunni

dottore di ricerca in Etnologia e antropologia (Dottorato internazionale AEDE, Università degli studi di Perugia - Université Paris Ouest Nanterre La Défense)
[lorenzo.alunni@gmail.com]

Introduzione: la densità morale dei farmaci

«Mi raccomando il dosaggio, ch  questo   veleno!». Dice il Dottore, quasi urlando, a una paziente rom, mentre le cede un foglio con la prescrizione per un farmaco.   una delle prime visite cui assisto con intento etnografico. La contraddizione   forte: viene assegnato un farmaco mentre lo si indica come una possibile fonte di malessere. Si tratta certamente di un paradosso che riguarda tutti i pazienti, non solo quelli rom, ma che, combinato con gli elementi politici che permettono ancora l'esistenza della realt  dei cosiddetti "campi nomadi", fa s  che in tale contesto quella dei farmaci si mostri da subito come una dimensione della quotidianit  a cui prestare una forte attenzione. I farmaci si fanno strumenti descrittivi ed esplicativi di dinamiche sociali che ci dicono molto riguardo la quotidianit  di chi, nei campi rom in questione, li richiede, prescrive, utilizza, manipola.   a questo tema che il presente contributo si rivolge.

Il materiale etnografico che questo scritto presenta   frutto di una ricerca sulle pratiche d'intervento sanitario nei campi rom di Roma⁽¹⁾. La ricerca   stata condotta negli insediamenti legali e illegali della zona sud e sudovest della citt , nel 2009 e 2010. La parte pi  consistente del lavoro sul campo   stata condotta in seno a una unit  medica mobile chiamata "camper sanitario", gestita da una delle ASL (Azienda sanitaria locale) di Roma ed esclusivamente dedicata alle prestazioni mediche per i residenti di quegli insediamenti abitativi. Vi operano quotidianamente un medico, una infermiera e un mediatore culturale, che si occupa anche della guida del mezzo. In questo testo, concentro l'attenzione sui temi della circolazione, dell'uso e della manipolazione dei farmaci, interessandomi alla loro "vita sociale" nei campi rom.

La questione della cura dei Rom sollecita una serie importante di dinamiche che riguardano il concetto di diritto alla salute nell'Italia contemporanea. Le problematiche che sono abitualmente attribuite alla cosiddetta questione rom si trovano peculiarmente espresse nell'ambito del rapporto fra rom e sistema sanitario. È in questo senso che un'etnografia dell'incontro di cura nei campi rom si presenta come analisi delle relazioni fra questi, la società fuori dai campi e le sue istituzioni. È nel campo di un'antropologia del diritto alla salute che ci troviamo. Per poter dar conto degli snodi etnografici e teorici di questo ambito di ricerca, mi rivolgo al dibattito attuale attorno a una nozione al cui sviluppo l'antropologia medica contemporanea contribuisce considerevolmente: quella di economia morale. Prendendo in considerazione le forme di dispiegamento dei sentimenti morali nelle pratiche di cura e nella produzione e distribuzione dei valori che soggiacciono al lavoro in situazione di eccezione (AGAMBEN G. 2003), mi rivolgo alla nozione di economia morale per rintracciare le linee secondo cui questi stessi sentimenti morali sono prodotti, fatti circolare, messi all'opera e posti in reciproca relazione nel contesto della cura nei campi rom. Si tratta di ricostruire le modalità attraverso cui un insieme di valori, sentimenti ed emozioni si costituisce come legittimo e dominante, in un contesto sociale storicamente determinato. Tale approccio richiede di considerare allo stesso tempo tanto la sociogenesi quanto una etnografia delle forme individuali di azione, reazione e negoziazione nel quadro di una stessa economia morale (FASSIN D. - EIDELIMAN J.S. 2012). Interessarsi a un'economia morale significa considerarne anche i conflitti e le fluidità, cogliendo le forme di deviazione dal consenso morale interno a una comunità: le economie morali non vengono subite passivamente, elemento che non sfugge alle inchieste etnografiche che si vogliono etnografie delle economie morali. La nozione considerata ci aiuta a comprendere l'ordine di tale eterogeneità e l'articolazione di simili differenze e conflitti. Ma a quale idea di morale riferirsi? Sessant'anni or sono, il filosofo Abraham Edel, in un testo dedicato a uno sguardo incrociato fra antropologia e filosofia etica, mostrava in che modo si potesse studiare la morale considerandola come una dimensione relativamente indipendente, e non come mero oggetto di descrizione culturale. Tale postura ha offerto agli studiosi successivi l'opportunità di osservare la morale attraverso l'analisi dei suoi processi di valutazione e delle sue relazioni causali: in tal modo essa diventava un'istanza empirica suscettibile di analisi comparative (EDEL A. 1962). I concetti morali non hanno un valore disgiunto da un contenuto sociale, né un significato indipendente e senza relazione funzionale con le istituzioni sociali: per ogni concetto morale ci sono cause sociali, anche nella loro mutazione o persistenza.

Nel sintetizzare le “pietre angolari” a cui fa ricorso nella sua declinazione della nozione di economia morale⁽²⁾, Didier Fassin indica l’esigenza di contestualizzarne l’analisi in tutti i possibili mondi sociali, associando valori e norme, e senza separare questi due ambiti dalle emozioni (FASSIN D. 2009, 2010, FASSIN D. - EIDELIMAN J.S. 2012). Così configurata, la nozione di economia morale si può offrire non solamente come possibile oggetto di etnografia, ma anche come vero e proprio strumento etnografico, ovvero come postura atta a cogliere e rendere conto delle azioni e discorsi che derivano dalla «produzione, ripartizione, circolazione e utilizzo dei sentimenti morali, delle emozioni e dei valori, delle norme e degli obblighi nello spazio sociale» (FASSIN D. 2009: 1257 [traduz. mia L.A.]). E tutto questo in ragione della capacità della nozione descritta di produrre nuove forme d’intelligibilità del mondo, che è del resto l’unico fine del suo dispiegamento.

Fra coloro che hanno dato forma a tale idea di economia morale e al suo potenziale descrittivo, James C. Scott (SCOTT J.C. 1981) ha dimostrato che a ogni situazione di sussistenza corrisponde un’etica di sussistenza. Sulla scia di questa consapevolezza, il presente lavoro intende affrontare la dimensione medica e sanitaria di quella stessa sussistenza, a partire da una sorta di parafrasi: a ogni situazione di sussistenza corporea corrisponde un’etica di sussistenza sanitaria. È in tale ottica che affronto la questione della circolazione e manipolazione dei farmaci nei campi rom di Roma, con particolare attenzione alle circostanze in cui l’evidenza morale vacilla sotto i colpi delle istanze etiche e di resistenza individuali del personale sanitario e dei pazienti rom.

Farmaci generici e genere dei farmaci

Nel campo di via Salviati, entrò nel camper sanitario una ragazza di ventitré anni, Ana, lì residente. Arrivò a fine mattinata, quando la fila era molto ridotta, cosa che le permise di passare a bordo un tempo ben superiore alla durata media delle visite. Quello di Ana non era un volto nuovo, per il personale. Il Dottore e l’Infermiera⁽³⁾ la conoscevano molto bene e avevano con lei una certa confidenza. L’assistevano da quando aveva dodici anni, dissero. Ana entrò, si sedette e raccontò, con espressione visibilmente preoccupata, dei suoi continui attriti con il marito, di pochi anni più di lei. Ad attirare l’attenzione fu la sua frase «Da quando litighiamo io mi sento strana». L’Infermiera le pose delle domande attraverso cui, gradualmente, emerse la sua recente storia clinica. In particolare,

venne fuori che aveva avuto modo già di parlare di questo problema con il suo medico di base (cosa che, oltretutto, è stata prova di un suo livello avanzato d'interazione con il sistema sanitario, rispetto alla media del campo). Quest'ultimo le aveva prescritto delle pillole calmanti, di cui Ana non seppe riferire il nome esatto e che, dalla sommaria descrizione fornita, parvero essere farmaci generici. Lei si recò in farmacia ad acquistarle ma, una volta che il marito le trovò nella loro abitazione – un piccolo prefabbricato in lamiera –, le vietò categoricamente di assumerle. La sua argomentazione, lapidaria, fu: «Queste sono come una droga». A tale divieto, Ana reagì assumendo del Valium, ma di nascosto dal marito. Venne a sapere dell'esistenza e dell'efficacia di quella medicina da altre donne del campo e si recò in farmacia a comprarla in segreto. Benché fosse nell'impossibilità di prenderle, Ana era incuriosita dalla funzione di quelle pillole, che il medico di base le aveva prescritto senza fornire spiegazioni. A questo proposito, chiese informazioni al Dottore e all'Infermiera, una volta constatato un loro livello di attenzione e confidenza adeguato, in quel momento. Il Dottore scelse di risponderle, con tono premuroso: «Quelle pillole lì si prendono quando uno è un po' giù, nei momenti difficili, capisci?». È a quel punto che Ana raccontò di essersi spaventata perché aveva letto, nel foglietto delle avvertenze delle pillole, che si prendono «quando muore qualcuno». Si era spaventata molto. Non capiva, lamentò, cosa potessero avere a che fare le pillole con la morte di qualcuno. Ascoltando i suoi commenti, emerse che il significato di quel che aveva letto poteva riferirsi piuttosto all'induzione della morte di qualcuno o al tentativo di ostacolarla. L'opacità tecnica si era fatta di nuovo foriera d'incertezza. Tenendo presente il suo “sentirsi strana”, le pillole le avevano fatto sovrastimare la gravità del suo stato anche per via del medico che, senza troppe spiegazioni, le aveva indicato con forza una medicina per situazioni estreme. A quel punto, il Dottore e l'Infermiera la rassicurarono e, nel farlo, sembrò subito che ciò che la stava convincendo con più efficacia erano le risate con cui reagirono a quella preoccupazione. La reazione d'affettuosa ilarità fu provocata da un altro dei frequenti casi il cui il malinteso da parte dei soggetti rom sulle caratteristiche delle medicine (dal nome alla posologia, dalla funzione al modo d'assunzione e così via) veniva accolto dal personale sia come ovviamente un momento divertente che come indicatore del livello di comprensione delle caratteristiche dei farmaci e del giusto rapporto da tenere con questi⁽⁴⁾.

L'Infermiera chiese ad Ana di poterla pesare, come per mostrarle con più forza di occuparsi di lei. Rispetto all'ultima misurazione, il peso risultò diminuito in maniera preoccupante, e non c'erano diete di mezzo.

Dopo le rassicurazioni sulle funzioni delle pillole calmanti – che vennero presentate dal Dottore come cose da prendere eventualmente con molta attenzione – Ana continuò a parlare del suo stato, ed emersero fattori che complicarono la situazione. Si riferì innanzitutto alle numerose raccomandazioni che, durante i mesi precedenti, il personale del camper le aveva rivolto rispetto alla possibilità di vedere uno psicologo. L'Infermiera le chiese se lo avesse fatto e, quando si sentì rispondere di no, rimase sorpresa e la rimproverò. La ragazza rispose di non voler andarci perché «quello è il medico dei matti... io paura... io non voglio andarci... e se poi mi chiudono?». Ne aveva molta di paura e fece intendere chiaramente al Dottore e all'Infermiera che era inutile provare di nuovo a convincerla, come effettivamente stavano per fare. Ma, piuttosto che allontanare la possibilità di nuovi inviti a visite specialistiche dipingendo una situazione adeguatamente migliorata, Ana scelse di raccontare i suoi stati di anormalità nelle loro manifestazioni più recenti. Per farlo, si alzò e mimò le reazioni del suo corpo nei momenti di maggiore criticità di quella stranezza di cui stava parlando al personale. In particolare, si riferiva alla notte precedente: «Ieri notte ero così...». Scattò in piedi e cominciò a percorrere avanti e indietro, per tre volte, i pochi metri di lunghezza del camper, come se fosse stata la sua abitazione (che del resto non era molto più grande). Camminava vistosamente ingobbata, tremando forte e stringendo le braccia al petto. «Tremavo tutta...». Di fronte a quella messa in scena del suo stato psicofisico della notte precedente e di numerosi altri momenti recenti, l'Infermiera assunse immediatamente un atteggiamento di premura e le parlò con molta dolcezza. Il Dottore scelse di non prescrivere altre medicine e si limitò a suggerirle di cercare di stare calma, «ché non succede niente». Il coinvolgimento emotivo, da parte del personale, ebbe un'impennata nel momento in cui Ana scelse di supportare con una rappresentazione corporea la narrazione del suo stato fisico. Questa conferì al suo rapporto con lo staff, in quel momento, una carica espressiva di grande efficacia nel produrre una reazione di compassione.

Prendendo le mosse da un'idea di sentimenti morali come emozioni che ci portano verso i mali degli altri e ci fanno desiderare di correggerli (FASSIN D. 2010), il registro della compassione si presenta come il risultato della combinazione di questi impulsi e dell'indignazione morale che, a diversi gradi e livelli, può sfociare in un atto, anche discorsivo, per contrastare la causa stessa di quella indignazione. Una delle deduzioni che si possono trarre da questa concezione del sentimento di compassione, è che questo presuppone sempre una relazione di asimmetria fra chi suscita compassione e chi invece la provoca (NUSSBAUM M. 2001). Ciò che questa attenzione

alla dimensione compassionevole delle espressioni osservate può inoltre fornire è uno strumento d'analisi delle scelte lessicali e pragmatiche che ne derivano. In una postura attenta all'economia morale dispiegata in una relazione di cura in un contesto problematico come gli insediamenti rom, le forme della compassione emergono da approcci che non si stagliano su uno sfondo moralmente neutrale: da considerare è l'assetto emotivo, morale e di potere in cui questi sentimenti trovano il loro terreno fertile. La paziente aveva un rapporto problematico con le medicine, ebbe dal medico di base spiegazioni insufficienti, era soggetta a un rapporto di genere che le impedisce di assumere quelle stesse medicine, aveva mostrato una forte sfiducia rispetto alla possibilità di un consulto psicologico e aveva un rapporto peculiare con il personale del camper. Tutte queste constatazioni ci si presentano come elementi il cui punto di convergenza erano proprio quelle pillole e la loro "vita sociale" (VAN DER GEEST S. - REYNOLDS WHYTE S. - HARDON A. 2003)⁽⁵⁾, a partire dal momento della loro prescrizione, il loro ingresso, la loro vita e l'utilizzo finale nel campo rom in questione. Le pillole sono state vietate dal marito della ragazza protagonista di quanto riportato in ragione del loro presunto "essere come una droga". Entrate nel campo, quelle medicine sono state subito prese in un meccanismo direttamente conformato dai rapporti di genere a cui è sottoposta quella ragazza. Il farmaco sembrava conferire materialità e una diversa osservabilità alla circolazione di valori e norme morali fra spazi sociali diversi, in questo caso l'esterno e l'interno del campo rom. Inoltre, ad aver reso possibile – ed osservabile – questa dinamica è bastata quella "oggettualità" che proviene dal potere dell'oggetto-medicina di dare alla malattia una tangibilità che la fa esistere (VAN DER GEEST S. *et al.* 1996). Era quella stessa concretezza poi ad attivare ciò che, manifestandosi al livello dei rapporti di genere, rendeva visibile il passaggio della medicina da un regime di valori all'altro: alla stessa medicina – o, meglio, allo stesso oggetto – corrispondono diverse fasi di dispiegamento di posizionamenti morali che provocano azioni che ne rispecchiano e riproducono l'economia. In questo senso, il gesto della prescrizione da parte del dottore ha la stessa pregnanza di quella del marito che vieta l'assunzione di quella stessa medicina. In questi passaggi, l'attenzione è da porre sul fatto che quel che si offre all'esperienza degli attori e all'osservazione è l'articolazione dei registri morali nei confronti di quella medicina e di tutto ciò a cui essa si oppone (la malattia) o porta con sé (la sua ricezione, per esempio da parte del marito). Conviene partire da un primo assunto: tanto per il dottore prescrivente quanto per la paziente e suo marito, la prescrizione si presenta come il riconoscimento ufficiale della malattia: nominare una

malattia significa farla esistere (TREVISAN P. 2004; GAY Y BLASCO P. 1999). Con la questione dei farmaci, – la materialità delle medicine e la loro “vita sociale” prima, durante e dopo l’ingresso nei campi rom – è come se si passasse a un livello superiore di quella constatazione. Se nominare una malattia significa farla esistere, abbinarle un farmaco corrisponde al darle una concretezza che, esprimendosi attraverso un “oggetto” che la contrasta, la iscrive in un registro cognitivo dove poter cogliere il rapporto sia con quello che con le figure che gestiscono i farmaci stessi (dal dottore prescrivente al farmacista, dal marito che ne vieta l’assunzione alla moglie che allora le compra di nascosto). Allo stesso tempo, la concretezza della medicina costituisce per il o la paziente una prova che viene fatto qualcosa di concreto per lui o lei, per contrastare la sua malattia. Ma è quella stessa esistenza materiale del farmaco a innescare i processi che, a partire dalla sua “vita sociale”, fanno della medicina un coagulante delle dinamiche sociali a cui ci stiamo interessando. Del resto, la confezione di pillole era un oggetto tanto per la ragazza – che attraverso quelle vedeva finalmente riconosciuta la sua malattia – tanto per il marito, che le vedeva come l’incarnazione di qualcosa da contrastare facendo leva su una gerarchia di genere e parentela.

Dobbiamo però notare una caratteristica importante del medicinale, o meglio del suo uso, nel caso appena presentato: non ne è stata tentata nessuna manipolazione. Se non le fosse stato impedito, Ana avrebbe assunto le pillole secondo quanto indicato dalle istruzioni per l’uso, per comprendere meglio le quali ha addirittura chiesto aiuto al personale del camper sanitario. Ma le dinamiche innescate dal loro essere “oggetti densi” in un campo sociale comprende anche quella che possiamo definire “creatività” nell’utilizzo dei farmaci. La premessa da fare riguarda la specificità delle forme creative determinate da un contesto sociale quale quello dei campi rom. La “creatività” nell’uso dei medicinali non è certamente esclusiva degli individui che si trovano in situazioni di marginalità. Del resto, numerosi studi di antropologia dei farmaci mostrano come quello della manipolazione e dell’interpretazione autonoma dell’uso delle medicine (fino a giungere a una vera e propria economia della menzogna, spesso con la complicità del personale medico) sia una realtà che riguarda tutti i gruppi sociali (FAINZANG S. 2009, 2011). A determinare la specificità di queste dinamiche d’utilizzo dei farmaci nel caso qui discusso sono i modi peculiari in cui queste siano generate in relazione a uno specifico contesto di disuguaglianza nell’accesso ai servizi sanitari e, più in generale, a condizioni di vita che differiscono notevolmente da quelle della società che circonda i campi. In questo quadro, nella prossima parte del testo do

conto di un aspetto che si è presentato all'osservazione etnografica e che, in una eccezionalità solo relativa, mostra aspetti tanto drammatici quanto rivelatori della questione dei farmaci nei campi rom.

Creatività e rischio delle manipolazioni: il caso dell'aborto indotto

Dobbiamo chiederci quanto un'operazione di manipolazione o uso alternativo di un farmaco sia rivelatrice di uno sforzo creativo atto a superare impedimenti nell'accesso alla salute e al godimento del relativo diritto. In sostanza, quanto e cosa la manipolazione di un medicinale da parte di un o una residente di un campo rom ci dice del suo rapporto con il sistema sanitario e con la gestione del suo corpo? Affronto questo tema ripartendo di nuovo dall'etnografia. Quanto riporto ora è emerso fra ottobre e novembre 2009, durante la prima parte del periodo di etnografia. La scintilla iniziale fu la morte di una ragazza nel campo La Martora per emorragia interna, in ottobre. La vittima non era fra le pazienti abituali del camper sanitario, che in quel campo si recava regolarmente e il cui staff aveva avuto notizia del decesso dalla stampa. Dal momento di quel tragico evento, al Dottore e all'Infermiera del camper cominciarono ad arrivare segnali che, trasparendo dalle parole delle pazienti interessanti alle questioni di gravidanza e contraccezione, destarono vaghi sospetti rispetto a una pratica che stava forse prendendo piede nei campi. Visita dopo visita, quel sospetto si stava concretizzando sempre di più. Il momento in cui la consapevolezza di quel che stava avvenendo si manifestò fu allorché, all'inizio del mese di novembre, una ragazza del campo La Martora, Tamara, si presentò al camper dicendo di temere di essere incinta. Era lì per chiedere informazioni sulle modalità di aborto legale. Il Dottore e l'Infermiera si mostrarono molto delicati nei confronti della ragazza e ciò facilitò una confidenza che permise di farle confermare esplicitamente il sospetto: molte ragazze del campo assumevano un farmaco studiato per il mal di stomaco per abortire. A permettere tutto ciò era il fatto che il farmaco in questione contiene alcuni degli stessi principi attivi della cosiddetta pillola del giorno dopo. Le donne che avevano saputo di questa possibilità di manipolazione ne ingoiavano una per via orale mentre ne assumevano una per via vaginale, nello stesso istante. Il risultato era un'emorragia interna che, in sostanza, portava via il feto. Ma il rischio era oltremodo alto: l'emorragia interna può assumere con molta facilità proporzioni che la rendono incontrollabile e ingestibile da parte del corpo. Le conseguenze fatali sono tutt'altro che un'eventualità remota. Secondo quanto appreso, il farmaco in questione era il Misodex (il cui

principio attivo è il misoprostolo), prodotto da Pfizer, una delle maggiori multinazionali farmaceutiche. La categoria farmacoterapeutica indicata dal suo foglio illustrativo è «Farmaco per il trattamento dell'ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo - prostaglandina», mentre le indicazioni terapeutiche recitano: «Prevenzione di ulcere gastroduodenali indotte da FANS⁽⁶⁾. Terapia di ulcere gastroduodenali indotte da farmaci anti-infiammatori non steroidei in pazienti artrosici a rischio, anche continuando la somministrazione dei FANS. Ulcere duodenali e gastriche». Ci sono indicazioni dettagliate – e poco rassicuranti – anche per l'uso da parte di donne in gravidanza⁽⁷⁾. Per quanto queste indicazioni classifichino l'emorragia uterina e l'aborto incompleto come «non noti», è esattamente quello che succedeva nei campi⁽⁸⁾.

Ad aver permesso la conferma della scoperta di questo fenomeno, dopo la notizia della morte della ragazza nel campo La Martora, fu l'incrinarsi del tacito impegno al silenzio da parte di tutte le donne dei campi rispetto a una pratica che si stava mostrando più diffusa di quanto che i sospetti iniziali avevano suggerito. Appena uscita dal camper Tamara, che si era lasciata sfuggire quella prima confessione, il Dottore e l'Infermiera cercarono di fare mente locale sulla frequenza e i pazienti a cui potrebbero avere prescritto il farmaco Misodex, senza poter ancora immaginare quell'uso improprio. Ma nessuno dei due ricordava di averlo indicato ai pazienti, da molto tempo a quella parte. Una seppur rapida e superficiale visione dei registri delle prescrizioni costantemente aggiornati dall'Infermiera confortava quella constatazione. La conclusione che ne dedusse il personale è che i pazienti rom dovevano avere scoperto autonomamente quella pericolosa "efficacia alternativa" (forse addirittura in altri farmaci composti dagli stessi principi attivi o equivalenti), oppure c'era qualcun'altro che glieli procurava, supposero. Tutte e due le ipotesi non gli apparvero improbabili. Per quanto riguarda i circuiti alternativi attraverso cui procurarsi farmaci non prescritti, altri casi etnografici di questa ricerca ne hanno dimostrato l'esistenza e l'efficacia. Per quanto riguarda invece la scoperta autonoma della possibilità alternativa, un'altra ragazza, nel far riferimento nel camper al fenomeno, si lasciò sfuggire che a suggerire l'uso modificato di quel farmaco erano state delle «donne romene qui». Coi che pronunciò queste parole era della stessa nazionalità e risiedeva al campo di via del Flauto, effettivamente composto nella sua quasi totalità da rom romeni di recente arrivo in Italia. Le informazioni riguardo quella strategia per aggirare le restrizioni sull'aborto – o semplicemente per non dover avere a che fare con le strutture sanitarie istituzionali per affrontarlo – sembravano essere circolate con loro o all'interno delle dense

reti di collegamento con la Romania e con altri connazionali residenti in Francia, come vedremo.

L'ultima paziente citata, Alina, arrivò al camper con un'apprensione evidente. Una volta seduta al posto solitamente riservato ai pazienti, tirò un sospiro ed esordì così: «Io ti dico la verità». Cominciò con il raccontare di aver assunto delle pillole di Cytotec – di nuovo una per via orale e una vaginale – con l'intento di abortire. Continuò raccontando di aver perso molto sangue, aggiungendo: «Mi sono usciti molti pezzi». Alla domanda del Dottore sul come si sentisse in quel momento, Alina rispose di sentirsi “strana”, con un continuo mal di testa e debolezza. L'Infermiera reagì per prima, quasi urlando: «Ma è pericoloso! Potevi morire!». La donna rispose abbassando il capo e mormorando: «Lo so». Il Dottore, da parte sua, confermò che aveva rischiato una emorragia mortale e cercò immediatamente di convincere la donna ad accettare di sottoporsi a una regolare visita ginecologica, aggiungendo che ormai l'obiettivo doveva essere quello di «tenere sotto controllo i danni che sono stati senz'altro fatti». Notando l'espressione di preoccupazione crescente da parte di Alina (in reazione più al bisogno di visita che al problema fisico), il Dottore scelse di rassicurarla sul fronte che gli parve più pressante, per lei: «Non ti devi preoccupare, noi qui non siamo i poliziotti, se hai fatto una cosa illegale adesso non importa... però adesso devi dire la verità anche alla visita dal ginecologo, va bene?».

Quello che emerse fu che, per poter sperare di entrare con Alina in una confidenza entro la quale avrebbe potuto convincerla con più forza a farsi visitare, il Dottore dovette prima di tutto tranquillizzarla sul piano del controllo legale e di polizia. La consapevolezza di aver corso un rischio immane per la salute e del fatto che le conseguenze avrebbero potuto essere ancora in atto non fu sufficiente a far sì che le informazioni a proposito sui modi di cura fossero diventate prioritarie rispetto a quelle sulle possibili conseguenze penali. Se la prima reazione venne dettata dalla pulsione emotiva, allora quest'ultima riguardò prima la paura della Polizia che quella di un malore che avrebbe potuto essere ancora mortale. E a capirlo fu anche il Dottore, che prima tranquillizzò Alina sull'immunità legale all'interno del camper e poi passò a dire della visita ginecologica.

Il Cytotec, di cui aveva parlato Alina, ha la stessa funzione “alternativa” del Misodex, discusso prima. Il costo di una confezione è di quattordici euro, sarebbe un gastro-protettore, usato soprattutto in caso di ulcera. Può provocare contrazioni uterine che, se stimulate da un dosaggio e un modo d'assunzione rischiosamente adattato per questo fine, arriva fino

all'aborto⁽⁹⁾. I casi di donne in fin di vita per questo metodo sono numerosi e molti analisti imputano a questo tipo di rimedi quel surplus di 14.000 aborti spontanei che risulta dai dati ISTAT. Constatando il fenomeno, nel 2006 l'Associazione Italiana per i Farmaci ha imposto la vendita di quel farmaco solo dietro prescrizione medica nominale. Ad averne impulso è stato prevedibilmente il mercato nero, come le dinamiche riscontrate nei campi dimostrano. Non solo il mercato nero: quello che le strategie di queste donne rom dimostrano è che si è fatto ricorso ad altri metodi, ovvero alla scoperta di altre medicine che potessero avere lo stesso effetto. Il Misodex, per esempio. Inoltre, del mercato nero citato emersero segni evidenti quando una paziente, sempre in quel processo di rilascio graduale di notizie sui metodi alternativi di aborto, confidò che stavano arrivando nel suo campo (il Casilino 900) pillole abortive dalla Francia, portate da altri Rom. La ragazza disse che in Francia costavano dieci euro e che nel campo le facevano pagare almeno cento, e non fu in grado di dire se questa cifra comprendeva anche il trasporto. Al tentativo di approfondire la questione, la chiusura è stata totale e non è stato possibile avere altre informazioni.

Nei mesi seguenti alla progressiva scoperta dell'uso del medicinale per abortire, il personale del camper avrebbe usato come dissuasore l'argomentazione della morte della ragazza nel campo La Martora con le numerose pazienti che, per quello che dicevano durante le visite e per la loro situazione personale e familiare, erano ritenute dal personale suscettibili di far ricorso a quel metodo radicale e pericoloso. Fu il caso di una ragazza residente in via del Flauto che ricorreva regolarmente al camper sanitario, Micaela. «Mi raccomando, non fare stupidaggini, non prendere strani farmaci per abortire, capito?», le disse in occasione di una visita il Dottore, che conosceva bene la sua situazione d'ingerenza, di difficoltà familiari (il marito è in prigione) e sapeva che aveva già tre figli. «Perché?», rispose lei, non lasciando intendere con chiarezza se si riferisse alla ragione della raccomandazione o proprio sul perché non bisogna prendere «strani farmaci», formula spesso ripetuta. La risposta di Dottore e Infermeria venne urlata quasi all'unisono: «Non lo sai che alla Martora ce n'è morta una anche il mese scorso?». A Micaela, disse poi il Dottore, a vietarle l'aborto era proprio il marito in carcere. È un dato che va per molti aspetti ad affiancarsi a quello, innanzi discusso, del marito che impedisce alla moglie in precario stato psicofisico di assumere le pillole calmanti che un medico le ha prescritto. Ancora con Micaela, l'Infermiera si sbilanciò raccomandando: «Non ascoltare i cattivi consiglieri del campo! Non farti influenzare! Prendi solo le medicine che ti diciamo

noi qui!». Una volta uscita, Dottore e Infermiera si interrogarono sulla sua affidabilità, parlando sottovoce per non rischiare di farsi sentire dai pazienti che stavano facendo la fila fuori del camper. Si dissero di temere che Micaela avrebbe fatto ricorso a quei pericolosi metodi alternativi d'aborto, rischiando la vita. Sapevano che la sua situazione familiare e la sua tendenza a non prendere troppo sul serio le loro raccomandazioni ne facevano un soggetto a forte rischio. Confrontandosi, sembravano confortare reciprocamente la convinzione condivisa secondo cui l'aborto indotto sarebbe stato tentato. Ma la reazione a questa convinzione avrebbe portato i due a esprimere la propria volontà di tutelarsi e di fornire una prova del loro tentativo di dissuasione, nel caso in cui il supposto tentativo di aborto avrebbe avuto conseguenze fatali. Il Dottore, al termine del loro breve confronto, disse: «È meglio se, insieme a quello che gli ho prescritto, scrivi anche 'opera d'informazione sanitaria su aborto farmacologico', così poi se succede qualcosa potremo dimostrare che c'è stato un tentativo di prevenzione». Pronunciate queste parole, e mentre l'Infermiera stava già annotando sul registro quanto dettato, il Dottore rimane in silenzio per qualche secondo, evidentemente pensieroso, e poi aggiunge: «Su 'aborto' aggiungi 'illegale', che è meglio...». Emerge come la relazione di tipo compassionevole e l'approccio d'intimità con i pazienti si ridimensioni notevolmente ogni qualvolta che a entrare in gioco sia il bisogno di rispondere alle dinamiche di responsabilità e potere che soggiacciono alla gestione degli interventi sanitari nei campi rom: si manifesta un rapporto dinamico di proporzionalità inversa fra i discorsi e le pratiche di responsabilizzazione dei pazienti e di deresponsabilizzazione da parte del personale. In questo senso, il rischio sanitario diventa una risorsa morale allo stesso tempo in cui gli sforzi di prevenzione creano una distanza cautelativa dai rischi derivanti dall'incertezza delle responsabilità del personale e dai rischi a cui questo si sente esposto. Inoltre, ciò che emerge è che, messa di fronte a una realtà complessa, la difficoltà di tradurre in pratiche la morale compassionevole non è una semplice violazione di una norma morale e un valore etico, ma uno strumento di mantenimento di una situazione normalizzata, qual è del resto anche l'esistenza del bisogno di un servizio emergenziale in una realtà, quella dei campi rom, che in Italia esiste ormai da decenni.

Il rapporto con la questione dell'aborto attira a sé numerosi snodi problematici affrontati. Ad amplificarli è il fatto che venga toccato il rischio corporeo per le donne in un modo che tira direttamente in ballo anche il loro essere prese tanto in rapporti di genere, che impedirebbero loro regolarmente di rinunciare alla gravidanza, quanto nel rapporto proble-

matico con le istituzioni della salute, da cui rifuggono fino a che l'impellenza non sia estrema (o non sia troppo tardi, come per quella ragazza del campo La Martora). Che un medicinale venga usato in maniera alternativa è frutto di un adattamento di ciò che il mondo *gagé* [non-rom] "offre" al mondo rom, un adattamento che è però spia del bisogno di supplire all'incompletezza strumentale di quell'offerta. Si tratta di strategie per inseguire, da un lato, le possibilità mediche che il mondo *gagé* ha inventato, e, dall'altro lato, per reagire alle limitazioni che quello stesso mondo impone.

L'attenzione analitica dovrebbe ora rivolgersi alle ragioni soggiacenti alla volontà di ottenere determinati risultati attraverso la manipolazione farmaceutica. Alle condizioni strutturali di quanto è qui descritto. Ma, per poter avere a disposizione gli strumenti conoscitivi per affrontare questi interrogativi, è bene spostare l'attenzione da un caso in cui il medicinale è adattato per fini impellenti (qual è una "pianificazione familiare d'urgenza") a un altro caso in cui invece le variabili cambiano notevolmente e passano a un differente registro economico e corporale d'illegalità. In particolare, mi riferirò ora a un caso che incrocia la questione dell'adattamento dei medicinali e quella della circolazione di stupefacenti nei campi.

Medicine e ingiunzioni morali associate: il caso degli stupefacenti

Concentro l'attenzione su un determinato farmaco, il ben noto Aulin (prodotto da Roche). Viene considerato parte del gruppo terapeutico «farmaci antiinfiammatori ed antireumatici non steroidei». Il principio attivo è il «nimesulide»⁽¹⁰⁾. Esisterebbero diversi farmaci equivalenti all'Aulin di costo sensibilmente più basso ma, durante l'etnografia, non si verificò un solo caso in cui i pazienti rom avessero accettato la prescrizione di un farmaco che non corrispondesse all'immagine e al nome della sua versione più conosciuta e pubblicizzata (fenomeno del resto presente anche fra i *gagé*). Il Dottore del camper arrivò a constatare: «Se alla televisione passa lo spot di un nuovo farmaco, tu stai tranquillo che il giorno dopo c'è la fila qui fuori di gente che lo vuole». In questo, l'Aulin è un caso particolarmente emblematico. Veniva continuamente richiesto nella sua versione più conosciuta, affermando esplicitamente forti dubbi sul funzionamento di quelli equivalenti, con gli stessi principi attivi. La frase «Io voglio Aulin vero» era ripetuta spesso. Ma le pubblicità e i farmaci stessi vengono da quello stesso mondo *gagé* di cui diffidare strategicamente e costantemente. Le pubblicità televisive sembravano esenti da quella cortina di diffidenza, e il fatto

che quel prodotto riguardi direttamente il corpo non può che aggiungere una variabile decisiva. L'interrogativo di base riguarda la verosimiglianza di un meccanismo per cui le urgenze corporali hanno il potere di sospendere una parte consistente delle resistenze normalmente opposte alle sollecitazioni provenienti dalla società maggioritaria. Si potrebbe obiettare che la dinamica appena delineata debba allora riguardare anche tutte le operazioni riguardanti la salute, in generale. Ma a entrare in gioco sono le caratteristiche dell'efficacia relativa degli anti-infiammatori come l'Aulin: rispondono con immediatezza a quella che viene pensata come una concezione del dolore basata sull'immediatezza della sua esperienza e allo stesso tempo permettono di non dover entrare in percorsi terapeutici che coinvolgano contatti con le strutture sanitarie e variazioni sostanziose allo stile di vita. A queste caratteristiche – a loro modo ideali – di Aulin, è da affiancare però di nuovo un'analisi della sua "vita sociale" nei campi rom. Durante il primo periodo di osservazione delle visite nel camper sanitario, una costante che emergeva era quella della forte ritrosia, da parte del Dottore, a prescrivere Aulin, che pure veniva regolarmente e insistentemente richiesto. Lo stesso fenomeno si presentava con il medicinale denominato "Oki", che rientra nella stessa categoria di Aulin e presenta le stesse caratteristiche e problematicità. Succedevano continuamente episodi quale il seguente. Una signora residente nel campo Casilino 900 si presentò alla visita chiedendo la prescrizione per una confezione di Aulin. Il Dottore le disse che «non si può fare», ma la signora pareva aspettarsi quella risposta (aveva già ottenuto un rifiuto nei giorni precedenti) e oppose subito l'argomentazione «ma non lo dico a nessuno che me lo dà!», intendendo che non avrebbe scatenato nessuna rivendicazione o imitazione fra gli altri pazienti. In altri frangenti, il Dottore scelse di segnare sì l'Aulin, ma sulla "ricetta bianca", ovvero quella con cui i farmaci devono essere pagati. L'effetto di scoraggiamento era forte. «Se lo vuoi lo paghi», disse esplicitamente a un paziente che insisteva per ottenere la prescrizione. In aprile, nel campo La Martora, una ordinaria giornata di visite iniziò con una discussione dai toni accessi con una ragazza che pretendeva la prescrizione di psicofarmaci per lei e altre due persone. Scongiurò in tutti i modi il Dottore, che però si rifiutò adducendo la ragione che glieli aveva già assegnati la settimana precedente e le dosi sarebbero dovute ancora bastare. Fu solo con l'intervento di mediazione dell'Infermiera che si arrivò ancora una volta al compromesso della ricetta bianca, ovvero della prescrizione a pagamento. Se da una parte c'era la convinzione, nel personale, che indicare una medicina che avrebbe dovuto essere pagata costituiva un forte deterrente per il suo acquisto, dall'altra parte c'era

anche una dimensione di piccolo ricatto che si gioca sul rapporto fra le possibilità economiche dei pazienti in questione e il mercato dei farmaci. E quando il ragionamento, nei momenti di conflitto, si spostava su questo registro, la priorità di una scelta fatta solo in base alla salute del paziente non sembrava più così preminente.

Alle domande di spiegazioni da parte dei pazienti che chiedevano la prescrizione di anti-infiammatori, la risposta di Infermiera e Dottore era lapidaria: «Dai piani alti ci hanno detto che d'ora in poi l'Aulin e l'Oki si pagano». A volte il Dottore approfondiva l'argomentazione dicendo che il bilancio della ASL soffriva di un numero di prescrizioni di quei medicinali ritenuto eccessivo, constatazione da cui era derivata la direttiva a tutti i medici di ridurre sensibilmente quel tipo di prescrizioni. In altri momenti invece si faceva riferimento alla dannosità che viene imputata a quei potenti anti-dolorifici. In effetti, il nimesulide (il principio attivo in questione) è stato accusato da numerosi studi di un impatto violento su fegato e sistema gastroenterico⁽¹¹⁾. I danni epatici riscontrati nei pazienti non sono rari e talvolta anche molto gravi. La sua distribuzione era stata addirittura vietata in alcuni Paesi europei, quali Irlanda, Spagna e Finlandia. La dannosità del farmaco era messa avanti dal Dottore del camper come ragione principale di quella sua reticenza a prescriverlo. Le eccezioni a questa scelta riguardavano i casi di pazienti la cui affidabilità era, dal punto di vista del personale, comprovata da numerosi anni di conoscenza e comportamento virtuoso, oppure in circostanze particolari quali lo sgombero di un campo. Al di là di queste eccezioni, il rifiuto di prescrivere Aulin e Oki, come prevedibile, dava luogo a numerosi momenti di tensioni e irrigidimento del rapporto fra medico e pazienti dei campi. Queste incomprensioni provenivano anche da quella che doveva apparire come un paradosso poco spiegabile: quello dell'incoerenza fra il negare la prescrizione dell'Aulin in ragione della sua dannosità ma, allo stesso tempo, concederla ai pazienti abituali e ritenuti più affidabili. La semplice volontà di "accontentarli" difficilmente avrebbe potuto giustificare l'accettare il rischio di arrecare danni a loro sì e ai pazienti "ordinari" no. Prendendo le mosse da questa apparente incongruenza e approfondendo la questione con il personale, ciò che emerse fu che la ragione vera per questa sua refrattarietà alle continue richieste di Aulin o Oki non era dettato né dai costi per l'ASL né per la sua dannosità, comunque presa in considerazione. La ragione era un'altra. Il personale del camper aveva scoperto un uso alternativo dell'Aulin, nei campi: veniva utilizzato per, come si espresse il Dottore, «tagliare la droga».

«Non è vero che è una disposizione dall'alto», disse il Dottore, «è che piano piano abbiamo capito da certe parole di alcune pazienti che l'usano per queste cose. Io l'avevo capito, ma poi abbiamo avuto delle conferme precise, allora abbiamo detto basta». Le prescrizioni venivano richieste con dei pretesti, fino a che l'uso alternativo non venne scoperto. L'Aulin, aggiunto nella composizione delle dosi di eroina e cocaina, ne amplifica l'effetto. Nel raccontare della sua scoperta, il Dottore commentò: «Io il fesso lo faccio quando voglio, l'ho capito cosa ci fanno». La concezione che emerge dietro una tale idea non è solo quella di un approccio compassionevole che si abbina a una funzione di disciplinamento espressa attraverso una morale punitiva. I membri dello staff del camper ci tenevano a sottolineare che questa loro posizione non veniva da nessuna indicazione dai superiori (di cui lamentavano spesso l'indifferenza, nei confronti del loro servizio), ma esclusivamente da quella che il Dottore volle definire come una loro «scelta etica». L'elemento di forte interesse nella questione dell'Aulin utilizzato per la preparazione di dosi di stupefacenti era che ogni qualvolta i membri dello staff decidevano di assumere misure di flessibilità dei regolamenti – quando queste misure non fossero richieste formalmente dai responsabili dell'AsL – a essere invocato era il registro morale, attraverso il richiamo all'argomento delle implicazioni etiche delle scelte di gestione del servizio.

Ma la questione degli antidolorifici utilizzati per modificare la composizione delle sostanze stupefacenti non poteva non chiamare in causa anche la realtà stessa della loro circolazione nei luoghi dove si è svolta l'etnografia. In particolari campi – soprattutto in quello della Martora – di scene di commercio di stupefacenti ne ricorsero numerose e senza che i protagonisti facessero troppo per nasconderle (neanche negli immediati dintorni del camper sanitario). Si trattava per lo più di *gagé*, quindi evidentemente non residenti dei campi. Secondo la testimonianza di alcuni precedenti acquirenti, la droga distribuita in quel campo è «pessima», «a squagliarla viene fuori la terra», ma il campo La Martora si presentava spesso come una ultima possibilità a cui ricorrere quando tutti gli altri circuiti di rifornimento si sono mostrati momentaneamente o definitivamente indisponibili. Secondo lo staff del camper, era quello il campo dove il fenomeno della tossicodipendenza fra i Rom stava dilagando in maniera più visibile e preoccupante, e a questa tendenza si accompagnava quella dell'aumento considerevole di episodi di violenza e, addirittura, sparatorie. Il camper non era escluso dalle dinamiche innescate da questa realtà. Più volte, durante il solo periodo di etnografia, sia alcuni residenti sia persone provenienti dall'esterno, lo scambiarono

con una delle unità di strada dedicate all'assistenza ai tossicodipendenti. Numerose volte venne stata richiesta una dose di metadone. In novembre, ancora alla Martora, si presentarono al camper due persone, due *gagé*, un signore vestito in maniera distinta e una ragazza che l'accompagnava. Chiesero all'Infermiera delle siringhe. «Quelle da 2,5 per i bambini», dissero. Senza porre alcuna domanda né al Dottore né alle due persone, l'Infermiera cercò fra i materiali a disposizione i due oggetti richiesti, li trovò e glieli porse. Il Dottore osservava consenziente. Prese le siringhe, i due cominciarono a chiedere con una certa insistenza una bottiglia d'acqua, che però non era disponibile. Appena se ne andarono, il Mediatore li osservò e commentò laconico: «Tossici». In ottobre, fuori del campo di via del Flauto, una giovane ragazza si affacciò alla porta del camper e chiese: «È questo il camper delle siringhe? Date le siringhe?». Il Dottore rispose con un perentorio «No!» che fece andar via la ragazza senza altre domande. È ancora al campo La Martora che, in marzo, un ragazzo di trent'anni, dopo la visita, disse per caso che il suo prossimo impegno di quella giornata sarebbe stato quello di occuparsi di raccogliere una siringa che ha trovato per terra non lontano dalla sua baracca. «Tutta sporca di sangue è [...] e lì ci giocano bambini!», esclamò. L'Infermiera, per raccogliercela, gli fornì un paio di guanti antisettici prelevati dalla dotazione del camper. Stesso argomento per il caso di una utente abituale che, arrivando per una visita, in marzo, tremava sensibilmente. «M'avete fatto soffrire», disse per lamentarsi di un supposto ritardo del passaggio del camper nel suo campo di residenza. Si trovava nel mezzo della visita quando, dal vetro dell'ambulatorio mobile, si accorse di una pattuglia dei Carabinieri che vagava nel campo. Li vide e disse: «Io quelli li conosco bene, m'hanno portato via tante volte». Il Mediatore avrebbe confermato che si trattava di una «nota tossica, lei e sua sorella, ma qui ce ne sono così tanti [...]». Per il servizio del camper, questa situazione creava anche delle circostanze paradossali di limitazione alle funzioni di cura. Fu il caso di un paziente abituale che venne e, assicurato sul «segreto professionale», confidò al Dottore la sua forte preoccupazione per la moglie. La signora, nata nel 1965, non stava rispondendo alle cure e, se le cose fossero continuate in quel modo, avrebbe dovuto essere ricoverata e molto probabilmente operata. Il Dottore mi avrebbe poi detto che la malattia in questione era un tumore al seno, in stato d'avanzamento grave. Il marito non voleva assolutamente che si sapesse nel campo, dove i tumori sono spesso considerati malattie contagiose. Il problema, durante la visita in cui si stava confidando, arrivò quando chiese al Dottore la prescrizione per una medicina inclusa nel trattamento della moglie. Il Dottore fu co-

stretto a rispondere che, nel camper, quel tipo di medicina non poteva essere prescritto. Il fatto era che questa contiene fra i suoi componenti anche la morfina, il che determina che per poterla prescrivere bisogna necessariamente ricorrere a un procedimento di sicurezza detto “ricetta doppia”, un sistema usato in particolar modo per le dosi di metadone. Nel camper, dice il Dottore, si preferì sospendere quel tipo di procedura, per la quale non c'erano a disposizione a bordo neanche i materiali eventualmente necessari. La decisione venne presa per motivi di sicurezza, considerato il rischio di furto o di aggressione per avere quella ricetta doppia. Il Dottore risolse l'argomento dei motivi di sicurezza constatando: «Troppi tossici [...]». La gerarchizzazione morale delle condotte faceva sì che una misura cautelativa e deresponsabilizzante – quale quella di non tenere a disposizione il blocco della ricetta doppia per il rischio di furto da parte di tossicodipendenti – superasse per importanza la disponibilità a fornire un farmaco effettivamente utile ad altri residenti dei campi rom: l'etica ordinaria dell'accesso ai diritti della salute si faceva configurazione morale paradossale.

Considerazioni conclusive

Tensioni, dubbi, dilemmi, contraddizioni: l'etnografia delle economie morali è anche etnografia dell'ambiguità, per il suo sguardo sull'articolazione fra configurazione morali e pratiche, fra soggettivazione e ingiunzione morale, fra comprensione morale e scelte divergenti. Con questa consapevolezza, l'attenzione a quelli che potremmo chiamare “micro-posizionamenti morali” assunti dal personale del particolare servizio sanitario trattato ha permesso di mettere in luce la relazione fra la pratica di cura, i suoi risvolti di responsabilità personale e di bisogni amministrativi, e l'etica della cura dei pazienti dei campi rom. Le medicine per il mal di stomaco usate per abortire, gli antidolorifici per «tagliare la droga» e così via: la manipolazione delle funzioni di base delle medicine per fini diversi interroga le riflessioni sulle strategie di adattamento da parte dei Rom di ciò che la società maggioritaria mette a disposizione. A un primo livello, la diversità dei casi riportati riposa su un assunto secondo cui, se la questione dell'aborto indotto è determinata da un effettivo impedimento dettato dal sistema sanitario, quella del mercato di stupefacenti non lo è. Si tratterebbe di ampliare il raggio di analisi e comprendervi le ragioni strutturali dei bisogni evidenziati dalle medicine trattate: la situazione sociale che porta i Rom in questione ad avere bisogno di aborti, quella

che porta certi Rom a fare uso di stupefacenti oppure le necessità di sussistenza economica che rendono appetibile la strada del traffico di droga. Conviene fermarsi alla specificità del rapporto fra Rom e farmaci e, più in particolare, rivolgersi alle ideologie dell'osservanza che si esprimono nel campo sociale preso in considerazione. Solo raramente l'espressione d'inosservanza è frutto di una comprensione erronea o un malinteso sul funzionamento del farmaco o sulle istruzioni date dal medico (salvo in rari casi e tutti non rilevanti quanto quelli qui descritti). A opporsi sono piuttosto razionalità che coagulano tutti quei conflitti riguardanti le dinamiche sociali e politiche che s'intersecano nell'atto della prescrizione e assunzione di un farmaco. Gli elementi di conflittualità evocati riguardano in primo luogo l'accesso a quegli stessi farmaci, il conformarsi alle leggi della società maggioritaria e la possibilità di evitare il contatto con questa e le sue strutture sanitarie.

Fra le considerazioni da trarre ce ne sono due di un certo rilievo, una per sponda. La prima, nella sponda dell'istituzione sanitaria, riguarda il fatto per cui la presenza di unità sanitarie specifiche nei campi rom si configura come mediazione opposta, rappresentando la possibilità di far ricorso ai suoi servizi (quali la prescrizione di farmaci) per evitare di frequentare le strutture sanitarie ordinarie: l'intento di "orientamento sanitario" verso ospedali e ambulatori – tanto presente nei discorsi istituzionali riferiti a tal genere di unità mediche speciali – è paradossalmente invertito, con un contributo significativo alla riproduzione delle problematicità della realtà odierna dei campi rom italiani e della loro esistenza. La seconda, nella sponda dei soggetti rom, ci porta a osservare un insieme di pratiche per cogliere le quali è utile parafrasare l'idea, sviluppata da James C. Scott, di «infrapolitiche» (SCOTT J.C. 2006), intendendo qui per "infrapolitiche sanitarie" quei modi interstiziali e creativi di ricorrere alla cura istituzionale (e ai prodotti collegati, quali i farmaci) con particolare attenzione a come questa intervenga sulle relazioni del soggetto rom con la società esterna e le sue istituzioni. È poi in un piano di percezione dei medicinali rispetto a quella della malattia e del suo contesto che dobbiamo spostare la nostra attenzione. Sappiamo come le medicine abbiano anche la funzione e il potere di facilitare, marcare e rinforzare le relazioni sociali, di genere e potere (VAN DER GEEST S. *et al.* 1996; FAINZANG S. 2009). Ma quel che appare è che, in questo contesto, le medicine espongono i rapporti di forza del campo sanitario e allo stesso tempo offrono del materiale grezzo da combinare, manipolare e adattare per sfuggire a quegli stessi rapporti di forza. In questo senso, le medicine non hanno più il solo potere di rendere la malattia tangibile, come detto precedentemente, ma

anche di dare concretezza a una situazione di bisogno che, in una costante contingenza di scarsità, innesca strategie di adattamento che proprio da quella concretezza prendono le mosse: con una medicina prescritta da un medico, non solo la malattia sarà concreta, ma lo sarà anche il campo di forze entro cui questa insorge ed è affrontata. È così che questa frase più volte pronunciata dal Dottore apparirà sotto un'altra luce: «Sembra quasi che prescrivergli un farmaco sia per loro un gesto di attenzione, e allora vengono anche se non c'hanno niente».

Note

(1) Una stima effettuata nel luglio 2009 dal Comune di Roma parla di 7.177 Rom presenti a Roma (2.200 negli insediamenti abusivi, 2.136 nei «campi tollerati» e 2.241 nei «villaggi autorizzati»). Secondo invece le stime delle organizzazioni di privato sociale, la stima è da situare fra le 10.000 e le 18.000 unità.

(2) Per una genealogia minima della nozione di economie morali si vedano i lavori di E.P. Thompson (THOMPSON E.P. 1971), James C. Scott (SCOTT J.C. 1981) e Lorraine Daston (DASTON L. 1995). La nozione non è certo esente da critiche: per esempio, in un suo articolo che parte da una rassegna di studi di «sociologia della protesta» in ambito africanista, Johanna Siméant si chiede se non si corra il rischio di «favorire una nuova routine interpretativa nelle scienze sociali» (SIMÉANT J. 2010) e di incappare in un nuovo caso di *concept stretching*.

(3) Mi riferisco a questi due protagonisti della scena etnografica usando la lettera maiuscola, nell'intento di distinguere il personale del camper sanitario da quello di altre strutture sanitarie)

(4) I casi di malinteso e ilarità sono continui: la donna cinquantenne a cui il Dottore dà un medicinale che lei non conosceva e lei chiede ridendo se «si prende da sopra [indicando la bocca] o da sotto [indicando il fondoschiena]?», oppure la ragazza che chiede una confezione di Aulin aggiungendo «quello alla fragola» e la Dottoressa sostituita che risponde in romanesco «ahò, e mica so 'er gelataio!», giusto per citare due dei tanti casi occorsi durante l'etnografia.

(5) Susan REYNOLDS WHITE - Sjaak VAN DER GEEST - Anita HARDON 2003, per il loro importante lavoro di antropologia dei farmaci, si sono ispirati al titolo di un'opera di Arjun Appadurai (APPADURAI A. 1986), ottenendo *Social lives of medicines*.

(6) Farmaci Anti-infiammatori Non Steroidei.

(7) Alla luce del caso di cui si sta trattando, assumono luce particolare le notizie riguardanti i possibili effetti collaterali relativi alla gravidanza della paziente che dovesse assumere Misodex: «Gravidanza, puerperio e condizioni perinatali: Non nota: Embolia amniotica, anomalie delle contrazioni uterine, morte fetale, aborto incompleto, nascita prematura, placenta mantenuta, rottura uterina, perforazione uterina. Patologie dell'apparato riproduttivo e della mammella: Non comune: Emorragia vaginale (inclusi sanguinamento in post-menopausa), sanguinamento intermestruale, disturbi mestruali, crampi uterini. Raro: Menorragia, dismenorrea. Non nota: Emorragia uterina».

(8) Con questa premessa, le avvertenze dedicate alla «gravidanza e parto» del foglio illustrativo assumono un'altra luce, che si ha la tentazione di vedere come «beffarda»: «Gravidanza: chiedere consiglio al medico o al farmacista prima di prendere qualsiasi medicinale. Misoprostolo è controindicato nelle donne in gravidanza perché induce contrazioni uterine e può causare aborto, parto prematuro, morte fetale e malformazioni».

(9) Questo metodo è stato anche definito «aborto express», con tanto di vere e proprie guide in rete, in dei siti molto frequentati da donne appartenenti a gruppi di popolazione di scarsi

mezzi. In un articolo del 18 febbraio 2008 il quotidiano “La Stampa” riferiva il fenomeno soprattutto alle donne sudamericane. Un esempio: <http://www.womenonwaves.org/>

⁽¹⁰⁾ Le indicazioni sono: «Trattamento del dolore acuto. Trattamento sintomatico dell’osteoartrite dolorosa. Dismenorrea primaria. La decisione di prescrivere nimesulide deve essere basata su una valutazione dei rischi individuali complessivi del paziente».

⁽¹¹⁾ Da considerare è che, già nel 2002, l’Italia risultava come il Paese con il maggior tasso di assunzione di Aulin e Oki (“Corriere della Sera”, 18 maggio 2007).

Bibliografia

- AGAMBen Giorgio (2003), *Stato di eccezione: Homo sacer II*, Bollati Boringhieri, Torino.
- APPADURAI Arjun (1986), *The social life of things: commodities in cultural perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- DASTON Lorraine (1995), *The moral economy of science*, “OSIRIS”, n. 10, 1995, pp. 2-24.
- EDEL Abraham (1962), *Anthropology and ethics in common focus*, “Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland”, vol. 92, n. 1, 1962, pp. 55-72.
- FAINZANG Sylvie (2009 [2001]), *Farmaci e società. Il paziente, il medico e la ricetta*, traduz. dal francese di Adelina Talamonti, ediz. italiana a cura di Vittorio A. SIRONI e Mara TOGNETTI, Bologna, postfazione di Pino SCHIRRIPIA, Franco Angeli, Milano [ediz. orig.: *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l’ordonnance*, Presses Universitaires de France, Paris, 2001].
- FAINZANG Sylvie (2006), *La relation médecins-malades: information et mensonge*, Presses Universitaires de France, Paris.
- FAINZANG Sylvie (2011), *From self-diagnosis to self-medication: constructing and identifying symptoms*, pp. 39-58, in FAINZANG Sylvie - HAXAIRE Claudie (curatori), *Of bodies and symptoms. Anthropological perspectives on their social and medical treatment*, Universitat Rovira i Virgili Publicacions, Tarragona.
- FASSIN Didier (2009), *Les économies morales revisitées. Étude critique suivie de quelques propositions*, “Annales. Histoire, sciences sociales”, vol. 64, n. 6, 2009, pp. 1237-1266.
- FASSIN Didier (2010), *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Hautes Études - Gallimard - Seuil, Paris.
- FASSIN Didier - EIDELIMAN Jean-Sébastien (2012), *Introduction*, pp. 9-18, in FASSIN Didier - EIDELIMAN Jean-Sébastien (curatori), *Économies morales contemporaines*, La Découverte, Paris.
- GAY Y BLASCO Paloma (1999), *Gypsies in Madrid: sex, gender and the performance of identity*, Berg, Oxford.
- NUSSBAUM Martha (2001), *Upheavals of thought: the intelligence of emotions*. Cambridge University Press, Cambridge.
- REYNOLDS WHYTE Susan - VAN DER GEEST Sjaak - HARDON Anita (2003), *Social lives of medicines*, Cambridge University Press, Cambridge.
- RICORDY Alice - TREVISANI Claudia - MOTTA Fulvia - CASAGRANDE Silvia - GERACI Salvatore - BAGLIO Giovanni (curatori) (2012), *La salute per i Rom. Tra mediazione e partecipazione*, Edizioni Pendragon, Bologna.
- SCOTT James C. (1981 [1977]), *L’economia morale dei contadini: rivolta e sussistenza nel Sud-Est asiatico*, traduz. dall’inglese di Sergio Viletti, introduzione di Pasquale VILLANI, Liguori Editore, Napoli [ediz. orig.: *The moral economy of the peasant. Rebellion and subsistence in Southeast Asia*, Yale University Press, New Haven, 1977].
- SCOTT James C. (2006 [1990]), *Il dominio e l’arte della resistenza. I “verbali segreti” dietro la storia ufficiale*, traduz. dall’inglese di Roberto Ambrosoli, Elèuthera, Milano [ediz. orig.: *Domination and the arts of resistance: hidden transcripts*. Yale University Press, New Haven, 1990].

SIMÉANT Johanna (2010), *Économie morale et protestation. Détours africains*. "Genèses", vol. 4, n. 81, 2010, pp. 142-160.

THOMPSON Edward Palmer (1971), *The moral economy of the English crowd in the Eighteenth century*, "Past and Present", n. 50, 1, febbraio 1971, pp. 76-136.

TREVISAN Paola (2004), *La 'salute' dei Rom: una questione piuttosto ingarbugliata. Riflessioni antropologiche sulla letteratura medica riguardante gli Zingari*, "La Ricerca Folklorica", n. 50, 2004, pp. 53-73.

VAN DER GEEST Sjaak - REYNOLDS WHYTE Susan - HARDON Anita (1996), *The Anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach*, "Annual Review of Anthropology", vol. 25, 1996, pp. 153-178.

Scheda sull'Autore

Lorenzo Alunni è nato a Città di Castello (provincia di Perugia) nel 1983. Dopo la formazione in Antropologia culturale presso l'Università degli studi di Perugia (Lauree triennale e magistrale) e un Master di secondo livello all'École des hautes études en sciences sociales (Parigi), ha ottenuto, nel 2012, il Dottorato internazionale in Etnologia e antropologia (AEDE) in co-tutela fra l'Università degli studi di Perugia e l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense.

La sua ricerca di dottorato è stata diretta da Giovanni Pizza (Università degli studi di Perugia) e Patrick Williams (Université Paris Ouest Nanterre La Défense) ed è sfociata nella tesi dal titolo *La cura e lo sgombero. Etnografia dell'intervento sanitario nei campi rom di Roma*.

È membro della Società italiana di antropologia medica (SIAM). I suoi principali interessi di ricerca vertono attualmente sugli interventi sanitari nelle aree urbane marginalizzate, sul dibattito corrente relativo all'antropologia delle morali e sull'evoluzione delle forme di scrittura etnografica. Alcuni suoi articoli sono stati pubblicati e altri sono in corso di stampa in riviste italiane e internazionali.

Riassunto

La morale delle avvertenze. Circolazione, uso e manipolazione dei farmaci nei campi rom di Roma

Basato su una ricerca etnografica svolta nel 2009 e 2010, questo articolo si rivolge alla diffusione e alle forme d'utilizzo dei farmaci fra i residenti dei "campi rom" della zona sud e sudovest di Roma. Soffermandosi su casi di un loro adattamento creativo per fini abortivi e di preparazione di stupefacenti, i farmaci vengono colti nel loro essere strumenti descrittivi del rapporto fra le comunità dei campi, le istituzioni sanitarie e la società maggioritaria.

Parole chiave: farmaci, campi, Rom, Roma, sanità, aborto, droga.

Résumé

La morale de la notice. Circulation, utilisation et manipulation des médicaments dans les camps roms de Rome

Basé sur une recherche ethnographique qui a eu lieu en 2009 et 2010, ce texte concerne la diffusion et les formes d'utilisation des médicaments parmi les résidents des "camps roms" de la zone sud et sud-ouest de Rome. En se concentrant sur des cas d'adaptation créative à des fins d'avortement et de préparation de stupéfiants, les médicaments sont saisis en tant qu'outils descriptifs du rapport entre les communautés des *camps*, les institutions sanitaires et la société majoritaire.

Mots-clés: médicaments, camps, Rom, Rome, santé, avortement, drogue.

Resumen

La moral de la etiqueta. Circulación, uso y manipulación de los medicamentos en los campamentos rom de Roma

Con base en una investigación etnográfica llevada a cabo en los años 2009 y 2010, el presente texto aborda la difusión y los múltiples empleos de los medicamentos entre los residentes de los "campamentos rom" de la zona sur y suroeste de la ciudad de Roma. Adaptados de forma creativa para fines abortivos o en la preparación de substancias stupefacientes, los medicamentos son analizados en tanto instrumentos descriptivos de la relación entre la comunidad de los campamentos, las instituciones sanitarias y la sociedad mayoritaria.

Palabras clave: medicamentos, campamentos Rom, Roma, sanidad, aborto, drogas.

Abstract

The moral of the instructions. Circulation, use and manipulation of medicines in the Roma settlements in Rome

Based on an ethnographic research conducted between 2009 and 2010, this article discusses the diffusion and use of medicines among the inhabitants of the Roma settlements, the "Roma settlements", in the South and South-East of Rome, Italy. Focusing on their "creative" adaptation for abortion and drug preparation, the medicines are observed as descriptive tools for the relationship between Roma communities, sanitary institutions and the larger society.

Keywords: medicines, camps, Rom, Rome, health, abortion, drug.

