

## **La geometria dello stigma: HIV e biosocialità nel contesto dell'Emilia-Romagna**

Alice Gattari

### **The Geometry of Stigma: HIV and biosociality in Emilia-Romagna**

#### **Abstract**

The article retraces the evidence in an ethnographic piece of research carried out in Emilia-Romagna in 2017. In particular, it explores and analyzes critically the phenomenon of HIV-related stigma. The experience of seropositivity brings out the complex biomedical, political and social stratifications which undermine and mould the collective representations and narratives of the disease. Stigma emerges as the gravitational center of the stories of many seropositive persons. Its geometry is a non-Euclidean one: the figures of stigma – explicit/implicit, real/perceived – recall the action of a dispositive, which can be both narrative – from the institutional perspective – and socializing – from the subjective experience perspective. As a result, the embodiment of these dynamics generates the need for a visible seropositive identity, which is strongly bound to a new and contradictory form of relationality that evokes the concept of biosociality. The outcome follows a path which is similar to a Möbius strip, where stigma remains constantly entangled as a dominant category.

**Keywords:** HIV, stigma, biosociality, biopolitics, identity

### **Introduzione**

Quando cominciai a interessarmi del virus dell'HIV e del vissuto delle persone sieropositive, fui colpita in particolar modo dagli aspetti sociali e culturali che – forse in modo più marcato rispetto ad altre patologie – plasmavano il significato e le rappresentazioni della malattia e dei soggetti sieropositivi. In effetti, il gap fra le attuali dinamiche biomediche, nonché terapeutiche, e la rappresentazione collettiva dell'HIV, legata soprattutto all'immaginario estetico e retorico degli anni Ottanta, ha prodotto nel contesto odierno nuove forme di marginalità e limitazione nei confronti della persona sieropositiva, la quale si trova così costretta ad affrontare un'esperienza di malattia multi-stratificata di estrema complessità.

Volendo comprendere il fitto intreccio di ragioni che orienta il significato di tale esperienza, nella primavera del 2017 ho intrapreso una ricerca etnografica in Emilia-Romagna – regione nella quale ero domiciliata per motivi di studio. L'obiettivo iniziale era quello di indagare in modo trasversale l'esperienza di malattia delle persone sieropositive, per provare a capire come il virus avesse influenzato – o influenzasse ancora oggi – la loro quotidianità. Mi occupai di numerose problematiche, legate alle relazioni sociali, ai farmaci, all'attività lavorativa, alla *routine*, fino alle relazioni affettive. In particolare, il silenzio, inteso come modalità

strategica di reazione al cambiamento, e lo stigma emersero spontaneamente come tematiche centrali della mia attività di ricerca. Durante i sei mesi di spostamenti sul campo ho potuto incontrare pazienti in cura, attivisti e operatori di centri specializzati, i quali, grazie alle loro preziose testimonianze mi hanno permesso di affinare il focus dell'etnografia: fatta eccezione per le numerose chiacchierate informali, ho potuto raccogliere 11 interviste formalmente registrate e trascritte<sup>1</sup>. Non ho mai approcciato i miei informatori attraverso protocolli di intervista rigidi e schematizzati; al contrario, la modalità semi-strutturata mi ha permesso di valorizzare al meglio il loro vissuto, lasciando che fossero loro stessi a guidarmi attraverso le esperienze più significative della loro vita: a partire quindi da tematiche più generali, gli intervistati mi hanno raccontato la loro storia, le loro sensazioni, le loro idee.

L'HIV rappresenta, in un certo senso, l'esempio paradigmatico di come l'azione di specifiche forze socio-culturali venga perpetrata attraverso fenomeni di soggettivazione e replicazione, la cui continuità è resa possibile dalle politiche del corpo e della biologia umana<sup>2</sup>. In questo senso, l'analisi antropologica permette di indagare le dinamiche messe in atto dal corpo politico per controllare e classificare, secondo schemi e categorie contingenti, i fenomeni inerenti alla salute e alla malattia<sup>3</sup>; attraverso la produzione di particolari narrazioni, lo Stato e la biomedicina stabiliscono dei confini che permettono di definire chi può avere accesso a diritti e risorse, e chi invece è da considerarsi al pari di una minaccia. L'*habitus* dei malati è costretto a riconfigurarsi secondo limitazioni inattese che minano la capacità dei soggetti di relazionarsi col mondo<sup>4</sup>. L'incorporazione<sup>5</sup> delle rappresentazioni e delle narrazioni egemoniche, attraversando la geometria dello stigma, può avere esiti diversi: da un lato si assiste alla frammentazione della presenza<sup>6</sup>, intesa come possibilità di esistere nella società secondo lo status identitario precedente alla diagnosi; dall'altro la riappropriazione dell'esperienza e del discorso sullo stigma si tramuta nella possibilità di ricostruire un mondo denso di significati vitali<sup>7</sup>. La formazione dei gruppi di supporto o di auto-aiuto risponde all'esigenza di rivendicare un'"autenticità" di vita che la condizione di sieropositività, sul piano individuale, sembra negare. Nel contesto del gruppo prendono forma nuovi tipi di relazionalità che, a partire da una condizione biologica condivisa, mirano all'affermazione di un'identità peculiare, caratterizzata dalla marginalità e dal pregiudizio. Chiarendo le dinamiche della biosocialità<sup>8</sup>, si cercherà di mostrare come il concetto di nuda vita sia

---

<sup>1</sup> A tutela della privacy degli informatori alcuni nomi sono stati cambiati.

<sup>2</sup> Farmer 1999.

<sup>3</sup> Lock & Scheper-Hughes 1987.

<sup>4</sup> Bourdieu 1972.

<sup>5</sup> Csordas 1990.

<sup>6</sup> De Martino 1995.

<sup>7</sup> Kleinman A. & Kleinman J. 1991; Quaranta 2006b.

<sup>8</sup> Rabinow 1992; Nguyen 2006.

diventato una componente essenziale del paradigma di governo biopolitico<sup>9</sup>: la soglia di accesso alla condizione di piena cittadinanza è, in effetti, stabilita sulla base di criteri biologici al centro di continue negoziazioni – la cosiddetta cittadinanza biologica<sup>10</sup>; tali criteri sono anche alla base delle rivendicazioni identitarie di numerosi soggetti sieropositivi, le cui strategie, tuttavia, sembrano riattualizzare costantemente le stesse narrazioni egemoniche che rendono possibile l'esistenza delle soglie di discriminazione biologica e patologica.

### **Lo stigma tra dimensione esplicita ed implicita**

La condizione di sieropositività, nonostante sia divenuta uno stato patologico cronico dal punto di vista biomedico, comporta importanti cambiamenti nella vita delle persone con HIV, tanto sul piano individuale che su quello relazionale. Se alcuni riescono a rielaborare la propria sieropositività, altri invece cedono al silenzio, alla vergogna e all'isolamento, alimentando, di fatto, ulteriori pregiudizi e atteggiamenti stigmatizzanti – fenomeni che, ancora oggi, hanno un impatto devastante sul vissuto delle persone sieropositive.

A tal proposito, prima di procedere oltre, sarà utile indagare le origini semantiche del concetto di "stigma". Il sociologo Erving Goffman risale fino all'etimologia greca del termine, secondo cui la parola indicava l'atto del pungere o del marcare; allo stesso modo, in effetti, il termine latino *stigma* significava "marchio" o "sfregio". L'espressione, sottolinea Goffman, venne usata per la prima volta dai greci per indicare quei segni fisici che venivano associati ad aspetti morali ritenuti insoliti o criticabili<sup>11</sup>. Tali segni venivano incisi – con un coltello o col fuoco – sul corpo di schiavi, criminali e traditori, per rendere nota a tutti la loro condizione. Successivamente, con l'affermazione del Cristianesimo, la parola acquisì dei significati metaforici: identificava, infatti, sia «i segni corporei della Grazia [le stigmate cristiane], che prendevano la forma di sfoghi della pelle, [sia] [...] i segni corporei del disordine fisico. Era quest'ultimo un'allusione medica alla allusione religiosa»<sup>12</sup>.

In questo senso, la scrittrice Susan Sontag, in riferimento ai giudizi morali basati solo sull'estetica del corpo – si pensi alle dualità brutto/bello, sporco/pulito, familiare/sconosciuto – svela la meccanica implicita che vi sta dietro: il giudizio, infatti, a partire dalla dimensione estetica segnante ha la capacità di evocare la dissoluzione totale della persona<sup>13</sup>; nel caso dell'HIV, il segno discriminante è di

---

<sup>9</sup> Foucault 2004; Agamben 1995.

<sup>10</sup> Petryna 2004; Rose & Novas 2005.

<sup>11</sup> Goffman 2003, p. 11.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> Sontag 1989.

natura biomedica e non è immediatamente visibile. Ma questo segno, associato all'immaginario estetico che ha dominato la storia della malattia, per certi versi ha esasperato i fenomeni legati allo stigma e al pregiudizio – forse proprio in virtù dell'inquietante dualismo invisibile/visibile. È chiaro, in ogni caso, che lo stigma si configura come un fenomeno strettamente vincolato al contesto socio-culturale cui ciascun individuo appartiene – ed è dunque soggetto a una costante evoluzione e negoziazione<sup>14</sup>. Ogni società, pertanto, può fissare secondo categorie più o meno rigide<sup>15</sup>, i concetti di normalità e devianza, stabilendo chi si muove entro il dominio della norma e chi invece si trova al di fuori di esso<sup>16</sup>. Marco, un impiegato di 35 anni sieropositivo, residente a Bologna, mi spiegò così il suo punto di vista:

«È la risposta preconfezionata per tutta la categoria, indipendentemente da come, quando e perché. Quello è lo stigma, secondo me. Ovviamente di carattere negativo e poi è escludente, cioè lo stigma serve per mettere distanza fra noi e loro, fra me e te, è escludente. Non è un giudizio che riconosce anche la diversità ma accogliente, è escludente» (Intervista a Marco, 8/02/2017).

Si tratta di una logica “motoria” in un certo senso, che produce un movimento di separazione e unione, di accettazione e rifiuto. La continuità di tale movimento non fa altro che rinforzare, scavando un solco sempre più profondo, l'identità marginalizzata delle persone sieropositive: identità che da individuale può così diventare collettiva, dal momento che la separazione sempre più netta rende possibile l'identificazione reciproca dei soggetti sieropositivi. Questa dinamica ricorda il meccanismo del razzismo «de-biologizzato»<sup>17</sup>, in cui la divisione non è più dettata da una peculiarità etnica eletta a differenza – e quindi resa visibile –, ma da un complesso di comportamenti ritenuti “immorali” o anormali. Tuttavia, nel caso dell'HIV, è importante notare una cosa: è la stessa condizione biomedica di sieropositività a fornire il nesso pregiudiziale con cui procedere alla condanna di specifiche pratiche individuali o relazionali. È un circolo vizioso che oscilla tra il visibile biomedico e l'invisibile morale, a ben vedere. Abbiamo cioè a che fare con un processo di attribuzione di senso che prescinde da una reale comprensione del vissuto soggettivo dell'esperienza di malattia.

Questo tipo di dialettica è la stessa proposta dalle antropologhe Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes, le quali sostengono che l'immagine dominante all'interno della nostra società sia quella del «corpo politicamente corretto», dove una salute precaria viene considerata il risultato dell'incapacità del soggetto di vivere in modo

---

<sup>14</sup> Fife & Wright 2000.

<sup>15</sup> Goffman 2003.

<sup>16</sup> Canguilhem 1966.

<sup>17</sup> Fabietti 1998, p. 19.

idoneo<sup>18</sup>. La definizione di categorie, dunque, può essere vista proprio come risposta all'eventuale minaccia nei confronti del corpo politico stesso.

Il fenomeno dello stigma è comune a tutte le persone che vivono con l'HIV. Esso rimane, infatti, l'elemento centrale e di maggiore preoccupazione. Di fatto, ha caratterizzato l'intera storia del virus, a partire dalle campagne di informazione del Ministero della Salute<sup>19</sup>, fino alle molteplici rappresentazioni cinematografiche che hanno più o meno volontariamente insistito sulla figura della persona sieropositiva magra e morente. Negli anni, dunque, lo stigma si è mosso – e si muove tuttora – seguendo due diverse traiettorie, non sempre chiaramente identificabili: una esplicita, e quindi ben visibile, e una implicita, legata al dispiegarsi nella storia delle narrazioni che plasmano la percezione della patologia. Con azione esplicita dello stigma, si intendono tutti quegli atteggiamenti o comportamenti stigmatizzanti e dunque diretti. Durante il lavoro di ricerca, molti degli intervistati raccontarono di eventi spiacevoli vissuti negli ambienti ospedalieri o negli studi dentistici: alcuni medici si rifiutarono di visitare i pazienti sieropositivi, altri furono visitati per ultimi così da poter sterilizzare la stanza – procedura che, in ogni caso, dovrebbe comunque essere svolta dopo ogni paziente. Nelle esperienze raccolte durante l'etnografia la conflittualità con la dimensione biomedica, incarnata dai medici curanti, emerse più di una volta, evidenziando le dinamiche che contribuivano a rafforzare le disuguaglianze prodotte dallo stigma. Federico raccontò così il suo intervento al naso:

«In ospedale mi è capitato sì. Mi è stato rifiutato un intervento perché ero... perché sono sieropositivo. In un ospedale privato, accreditato, l'anestesista si è rifiutato di mettermi le mani addosso, addirittura. L'otorino non aveva problemi – perché ho il

---

<sup>18</sup> Lock & Scheper-Hughes 1987, p. 25.

<sup>19</sup> Nel 1988, il Ministero decise di informare la popolazione attraverso una serie di campagne pubblicitarie e volantini volti a descrivere le modalità di trasmissione del virus dell'HIV, e a indicare quali comportamenti bisognasse adottare per evitare di essere contagiati. Il primo spot, che mostrava un uomo e una donna nudi, ribadiva l'assenza di terapie e informava sulle possibili modalità di contagio. La nudità dei soggetti, d'altro canto, rinvigoriva l'idea che la sessualità fosse una dimensione caratterizzata primariamente dal pericolo; inoltre, la pubblicità esortava le persone a vivere una "normale" vita di coppia, attribuendo un giudizio negativo a qualsiasi pratica – ritenuta promiscua – ricadesse al di fuori di essa. Lo slogan recitava: «Se lo conosci, lo eviti. Se lo conosci, non ti uccide» e sembrava invitare le persone non solo a evitare il virus, ma anche gli stessi sieropositivi. Nello stesso anno, venne mandata in onda un'altra campagna, ancora più aggressiva, nota successivamente come "lo spot dell'alone viola". Lo storytelling, in questo caso, mostrava alcuni ragazzi che, attraverso rapporti sessuali e uso di droghe, si trasmettevano un alone viola che non si sarebbe più staccato dal soggetto: erano diventati diversi, non erano più "normali". La voce narrante affermava: «Più partner si cambiano, più rischio si corre» ed esprimeva un chiaro giudizio di natura morale rispetto alle abitudini sessuali delle persone. Nel corso degli anni, le strategie comunicative del Ministero della Salute, pur adottando un tono di voce e uno storytelling più moderato, non hanno cambiato registro e purtroppo, contrariamente alla finalità informativa che si prefiggono, insistono nell'esprimere giudizi di valore etico e morale in merito alla sessualità.

setto deviato, come puoi sentire dalla voce – e dovevo operarmi, finché arrivo lì la mattina con la mia borsa e tutto quanto, io ho portato i risultati dei test dove ero sieropositivo – inizialmente non lo dissi all’otorino –, e mi disse: “Ah, ma dovevi dire che eri sieropositivo perché questo cambia le cose”, io faccio: “Cosa cambia? Io non sono obbligato a dirlo a nessuno”, “ah guarda io ho le mani legate. L’anestesista non vuole metterti le mani addosso, quindi torna a casa e ciao”. Questo l’anno scorso» (Intervista a Federico, 11/11/2017).

L’anestesista, in questo caso, non fa altro che riprodurre, all’interno di un luogo che dovrebbe essere “sicuro” per il malato, ovvero l’ospedale, le stesse dinamiche di marginalizzazione e categorizzazione. Mara, operatrice presso un centro di auto-aiuto bolognese, raccontò di un suo utente uscito dall’ospedale – dopo diversi mesi di ricovero – con una grossa piaga da decubito poiché nessuno del personale medico voleva toccarlo. Luoghi che di fatto dovrebbero essere “neutrali” appaiono invece intrisi di pregiudizi.

L’azione dello stigma, tuttavia, oltre a essere esplicita e manifesta, talvolta si presenta sotto forme più complesse e diafane. Adottando una prospettiva più attenta alla sfera storica e sociale, la dinamica del pregiudizio può ripresentarsi in maniera implicita nei più svariati contesti quotidiani delle persone sieropositive. Alcuni dei miei informatori mi raccontarono del disagio provato quando presso l’Ospedale Sant’Orsola di Bologna fu deciso di accorpare la sezione di Malattie Infettive riguardante l’HIV – allora legata al reparto di Dermatologia – ad un nuovo reparto unificato. Presso Dermatologia, i pazienti sieropositivi si sentivano al sicuro, in quanto nessuno poteva sospettare che la loro presenza lì fosse dovuta alla sieropositività. Angelo, per esempio, mi disse:

«[Il distaccamento interno a Dermatologia] però l’hanno chiuso, cioè non l’hanno chiuso, l’hanno inglobato dentro al reparto, per cui hanno riaperto il problema dello stigma, perché comunque mentre prima era un pezzo staccato dal reparto infettivo, uno poteva andar lì, era in dermatologia, per cui uno poteva andar lì e dire: “Mi vedono in dermatologia e al limite pensano ad una psoriasi”. Adesso l’hanno rimesso nel reparto di malattie infettive per cui, il problema che dici tu, se uno ti vede lì...» (Intervista ad Angelo, 3/10/2017).

Il timore di essere visti equivale al timore di essere identificati come “anormali”. Evidentemente, in questo caso, non si assiste ad alcuna meccanica esplicita di comportamenti stigmatizzanti. Il malato è catturato in un gioco di sguardi in cui l’implicito la fa da padrone: egli intravede infatti negli occhi delle altre persone un complesso di rappresentazioni e significati che riconosce come dominanti. È

interessante notare come, sul piano dell'incorporazione dell'esperienza di malattia<sup>20</sup>, nel dominio della percezione emergano tutti i complessi e contraddittori piani semantici, simbolici ed esperienziali che orientano la geometria “non euclidea” dello stigma. Angelo riproduce nel suo *habitus* le attribuzioni di senso egemoniche che, pur non trovando effettivo riscontro nella realtà contingente del momento, rinsaldano in lui l'idea di un'identità marginale.

Altrettanto rilevante è il fatto che questa meccanica implicita agisce non solo sui soggetti sieropositivi, ma – come d'altronde è lecito supporre, trattandosi di una dinamica che scaturisce da trame sociali e relazionali – anche sugli stessi attori sociali appartenenti all'ambito biomedico e istituzionale. L'aneddoto di Lucia ci è utile ad approfondire questo tema:

«Io invece ero terrorizzata per una mala informazione anche da parte dei medici perché in casa... un medico mi disse di non utilizzare neanche la spazzola che si utilizza in casa perché con la punta potevo tagliarmi la cute e quindi poi usciva il sangue... [...] L'unica cosa che mi scoccia è stata l'ignoranza... non l'ignoranza, io non so perché il medico mi abbia detto quelle cose. Sì, forse era ignoranza da parte sua, non lo so però quello mi ha scocciato molto perché da parte dei medici in sé, mi hanno detto cose che poi frequentando il gruppo [di auto-aiuto], l'infermiera che a mano a mano approfondiva il discorso, “Ma allora che cosa mi hanno detto? Solo delle gran cavolate”. Lì era essere super mega attenti a un'eventualità che forse su un milione, perché lì poi sì, la goccina ma poi deve essere anche l'altro ad usare la spazzola praticamente quasi subito, deve avere anche lui un taglio...oh minchia, cioè voglio dire... inverosimile!» (Intervista a Lucia, 24/10/2017).

Aldilà delle gravi lacune conoscitive che hanno determinato una sensazione di disagio in Lucia, è importante sottolineare che il medico in questo caso ha adottato un atteggiamento le cui conseguenze si espandono ben oltre il dettaglio dell'uso della spazzola: egli riattualizza implicitamente un set di giudizi “dominanti”, legati a specifici comportamenti e responsabilità, che di fatto è utile solo a produrre limiti morali di azione. Negandole la possibilità di esperire normalmente la sua quotidianità, egli sta riaffermando la netta separazione identitaria delle persone sieropositive, la quale – come abbiamo notato – pur originando da una condizione biomedica si concretizza sul piano esperienziale sociale.

L'azione dello stigma fin qui descritta, sia sul piano esplicito che su quello implicito, in ottica diacronica assume infine la configurazione di un dispositivo narrativo. Da un lato, infatti, le istituzioni e la biomedicina hanno plasmato tutta una serie di narrazioni e rappresentazioni che, nel corso del tempo, sono divenute

---

<sup>20</sup> Pizza 2005.

dominanti<sup>21</sup>: specialmente nei primi anni dell'HIV, le immagini e i significati prodotti erano fortemente distorsivi ed escludenti; dall'altro lato, l'incorporazione collettiva delle narrazioni egemoniche – con la complice assenza delle istituzioni politiche e biomediche – ha garantito la continua riproduzione degli stereotipi e delle manipolazioni di senso che implicitamente permettono di perpetrare le categorizzazioni identitarie su cui si fonda lo stigma stesso.

Rispetto a questo punto, richiamando nuovamente il concetto di *habitus*, è bene però tenere in considerazione il potenziale creativo e strutturante che ogni individuo possiede, nei limiti del contesto in cui è inserito<sup>22</sup>. Nel corso dell'etnografia ho avuto modo di esplorare e conoscere le strategie di contro-rappresentazione dei miei informatori e, più in generale, delle persone sieropositive, le quali, a partire dall'azione narrativa del dispositivo stigmatizzante, si ritrovano ad adoperare le stesse categorie egemoniche che descrivono la condizione sieropositiva per rivendicare il diritto a un'identità piena e inclusiva. Prima di indagare questo aspetto, occorre tuttavia problematizzare ulteriormente il tema dello stigma, secondo un asse analitico di diversa portata.

### **Lo stigma come dispositivo socializzante**

Dopo aver analizzato la relazione tra dimensione esplicita ed implicita dello stigma, ci sposteremo su un piano diverso, ancor più attento ai processi di soggettivazione, che di fatto espande quanto osservato, calandolo nella sfera della percezione. L'esperienzialità non è infatti l'unica dimensione in cui si manifesta lo stigma. La ricerca ha portato alla luce una figura alternativa del pregiudizio, che qui chiameremo "stigma simmetrico" – vale a dire: una forma di stigma riflessivo che può originare da uno stato percettivo non esperito concretamente. Durante le interviste, alcuni dei miei informatori mi confessarono, ad esempio, di non aver mai voluto intraprendere una relazione affettiva con una persona sieronegativa, temendo un probabile atteggiamento di chiusura. Questa paura, in alcuni casi, ha condotto a forme di isolamento e rifiuto molto negative. Sonia, operatrice di un gruppo di supporto a Bologna, a proposito dello stigma nei luoghi di lavoro mi raccontò quanto segue:

---

<sup>21</sup> Pizza 2005, p. 14: «La biomedicina stabilisce i confini tra la vita e la morte, la salute e la malattia, il normale e il patologico, fornendo simboli, schemi, nozioni per pensare il corpo, l'individuo, il sé, la persona, la sessualità. In altri termini, la biomedicina *costruisce* i corpi e ricalibra costantemente la propria azione su quella dei corpi stessi, in una dialettica continua, attraverso il modellamento dello sguardo scientifico, orientato dai saperi e messo in opera nelle pratiche dei medici anche con l'aiuto di oggetti, strumenti, macchine e tecnologie».

<sup>22</sup> Bourdieu 1972; Pizza 2005.



«Sul luogo di lavoro c'è la questione dello stigma reale e dello stigma percepito. Una persona che viene qua ogni tanto, ha assistito a delle conversazioni fra colleghi – lui lavora in ambiente sanitario – che parlavano delle persone sieropositive in malo modo e lui alla fine si è licenziato. Quello lì era uno stigma reale, poi è anche vero che è difficile se sei da solo al mondo combatterlo e non arroccarsi dietro allo stigma. Cioè se sei senza famiglia, senza famiglia d'origine e solo al mondo, cioè chi te lo fa fare di... cioè ti arrocchi lì dietro e meno soffri, meglio è, quindi manco ci provano, cioè la paura delle relazioni, cioè si fermano prima e quello è uno stigma percepito perché magari chi lo sa come potrebbero reagire?» (Intervista a Sonia, 28/09/2017).

Sonia spiega molto chiaramente la distinzione tra stigma reale e percepito. Talvolta, come da lei sottolineato, è lo stesso sieropositivo a produrre una forma riflessiva dello stigma che, una volta incorporata e resa operativa, può risultare fortemente limitante rispetto alle proprie capacità di agire nel mondo. Questa azione incorporata e simmetrica, stando ad alcuni racconti dei miei interlocutori, ha anche un ulteriore esito: quello del rafforzamento identitario di gruppo, che a sua volta stimola poi l'attivismo della comunità sieropositiva. È evidente, rispetto a quanto detto, che il legame tra le diverse geometrie dello stigma – implicito/esplicito, reale/percepito – è assai profondo e, in un certo senso, la configurazione dimensionale dell'uno dipende da quella dell'altro; per questa ragione si insiste sull'idea di una geometria contraddittoria e non orientabile, di cui lo stigma simmetrico è l'esempio più chiaro. Lucia, a tal proposito, mi raccontò di un episodio che le causò non poco disagio. La sua ginecologa le aveva infatti fornito la prescrizione per la pillola anticoncezionale sullo stesso foglio in cui era stata esplicitamente scritta la sua condizione sierologica. Quanto avvenuto la lasciò perplessa, così Lucia decise di recarsi dal suo medico di base per ottenere una ricetta “pulita”:

«[Lucia riporta il suo dialogo con il medico] “Fra due mesi vengo a far la ricetta perché io con questo dal farmacista non ci vado”, mi fa “Ah, sì perché” – la porta era chiusa mentre parlavamo – “molte persone HIV positive, se uno ha l'HIV non ha piacere che gli venga segnato... di andare dal farmacista con il foglio”, e me lo ha detto a cavallo della porta insomma e ho avuto il timore che da fuori, chi era lì seduto – c'è una saletta, è un ambulatorio piccolino – ho avuto il timore che si sentisse, infatti quando sono uscita non ho guardato in faccia nessuno, sono uscita e basta. Questa cosa qua mi dà fastidio. Del fatto che io mi devo vergognare, devo comunque avere il timore perché... non si sa. Il timore, sì» (Intervista a Lucia, 24/10/2017).

Goffman sostiene che i criteri che la persona stigmatizzata riceve dalla società, interiorizzandoli, possono fornirgli la consapevolezza di quelle che gli altri giudicano come mancanze, facendogli così credere di non poter essere “come

dovrebbe”<sup>23</sup>. L’episodio di Lucia, tuttavia, chiarisce in maniera esemplare la dinamica dello stigma simmetrico, il quale non è un semplice pregiudizio sociale interiorizzato; la tappa intermedia è fondamentale ed esclusiva: la persona sieropositiva, infatti, può incorporare e riprodurre nel suo *habitus* un fenomeno che in certi casi è radicato nella sola dimensione della percezione – ciò non toglie, in ogni caso, che possa anche trattarsi di una strategia di tutela del sé, preso atto della capillarità con cui il pregiudizio nei confronti delle persone sieropositive si è diffuso nel tempo. L’esperienza di sieropositività è unica proprio per questo motivo: la condizione sierologica, una volta accertata la presenza dell’HIV, plasma le rappresentazioni stesse dei soggetti prima ancora che si dispieghi una vera e propria esperienza di malattia, per così dire, “agita”.

Lo stigma simmetrico, oltre a rinforzare le strategie di gruppo legate all’attivismo, ha un altro risvolto molto interessante. Incanalato nel *continuum* narrativo dell’esperienza di malattia, questa figura dello stigma plasma nuove rappresentazioni collettive il cui senso diventa socialmente negoziabile. L’atto del narrare, tuttavia, non si esaurisce nella rappresentazione dell’esperienza, ma può concretizzarsi nella funzione di un dispositivo costruttore di senso: il racconto si trasforma cioè in un discorso, il cui potenziale creativo può cambiare lo scenario “sovvertito” della malattia<sup>24</sup>. Il malato si ritrova ad adoperare lo stigma come un dispositivo che, oltre a ricalibrare il senso della propria condizione vissuta, conduce a una forma di vita relazionale e sociale del tutto inedita. La dimensionalità dello stigma, in quest’ottica, si ritrova catturata in un’apparente circolarità: la condizione sierologica, la quale si fonda su categorie biomediche, attraverso le possibili configurazioni dell’esperienza-percezione dello stigma, produce marginalità e isolamento; le stesse categorie biomediche che impongono quest’esperienza di malattia, tuttavia, fanno germogliare pratiche inedite di socializzazione della propria condizione, grazie alle quali le persone sieropositive «non vedono mai esaurirsi la propria capacità di azione, certamente radiata nelle forme del potere ma in una continua tensione che possono essi sfruttare»<sup>25</sup>.

### **Dalla biosocialità al nastro di Möbius**

Per esistere nella società, come individui, è necessario “indossare” un’identità riconoscibile, prevista e categorizzabile. L’esperienza di sieropositività, tuttavia, è caratterizzata da una certa ambiguità: inquadrandola come alterità biomedica e sociale, vengono certamente circoscritte e isolate alcune peculiarità utili a riconoscerla e, dunque, categorizzarla. Tale processo, tuttavia, non implica la

---

<sup>23</sup> Goffman 2003.

<sup>24</sup> Kleinman A. & Kleinman J. 1991.

<sup>25</sup> Quaranta 2006c, p. 11.

definizione di uno statuto identitario semplicemente alternativo a quello della normalità. Al sieropositivo è infatti preclusa la possibilità di esistere “nella” società secondo il principio dell’equità nell’accesso a diritti, risorse e riconoscimenti; la persona sieropositiva si ritrova cioè nella condizione di esistere su un piano alternativo a quello dell’ordine sociale istituzionale: si tratta di un piano spaziale in cui è necessario fare i conti con le limitazioni imposte dall’”essere a metà”, tra coloro che si riconoscono reciprocamente come diversi e coloro che invece vorrebbero negare tale diversità. Sonia mi spiegò il suo punto di vista sul gruppo di auto-aiuto bolognese presso il quale prestava servizio:

«Secondo me [i membri del gruppo] non lo dicono da nessuna parte [che sono sieropositivi]. Qua dentro, questo è un servizio specifico e quindi è frequentato da persone che, loro lo dicono anche, magari hanno delle vite abbastanza normali fuori, un lavoretto, una pensione, la casa... non è che hanno situazioni disastrose e continuano a venire qua – magari vengono qua a giocare a carte e non fanno altro – però qua sanno che sono libere, sanno che non stanno omettendo niente, sanno che non stanno mentendo, che comunque sono in un ambiente in cui tutti sanno, perché se no nessuno sarebbe qua, e quindi si sentono accolti e protetti da questo punto di vista. Secondo me fuori da questo tipo di luoghi non si trovano, a meno che non siano proprio relazioni specifiche, capita che incontri la persona a cui lo dici che non reagisce male però è un caso» (Intervista a Sonia, 28/09/2017).

Come sottolineato da Sonia, il ruolo ricoperto dai gruppi di auto-aiuto e, più in generale, dalle forme di attivismo organizzato si rivela fondamentale: essi rappresentano i luoghi dell’accettazione, dell’astensione dal giudizio e della sicurezza. Ma più ancora: sono questi i luoghi in cui il processo di rielaborazione identitaria delle persone sieropositive si manifesta più intensamente, risultando nella definizione di forme di socialità collettive inedite<sup>26</sup> – un “noi” del tutto nuovo, caratterizzato dalla solidarietà, dal conforto e dalla rassicurazione<sup>27</sup>. L’atto dell’identificazione reciproca, parimenti agli esiti marginalizzanti dello stigma,

---

<sup>26</sup> Si può intravedere nel percorso di sieroconversione certe affinità con le fasi tipiche del rito di passaggio. Il test, in effetti, può rappresentare la fase preliminare nella quale il soggetto comincia a distaccarsi dalla vita che conosceva; la diagnosi, quindi, si colloca nella fase della liminalità, durante la quale l’individuo è privato del suo status precedente e si prepara a riceverne uno nuovo. È proprio in questo momento, tuttavia, che si perde la linearità del rito classico, così come è descritto da Arnold Van Gennep e Victor Turner. Nel caso della sieropositività, il gruppo sociale di appartenenza non sembra aver predisposto il compimento del percorso di sieroconversione: la persona sieropositiva rischia così di rimanere intrappolata in un limbo contraddistinto dall’incertezza. Attraverso i gruppi che condividono tale condizione è possibile accedere a una fase di riagggregazione che però, evidentemente, culmina nella definizione di un’identità che prescinde totalmente dalle caratteristiche della comunità sociale di partenza. Cfr. Van Gennep 1909 e Turner 1969.

<sup>27</sup> Goffman 2003.

produce un movimento di ulteriore demarcazione della nuova identità di gruppo: il confine pre-esistente tra l'interno e l'esterno viene scavato ancora più a fondo, producendo nuove norme, nuove forme di organizzazione sociale e nuove rappresentazioni<sup>28</sup>.

Lo stigma gioca un ruolo chiave: è attorno a tale fenomeno che il gruppo, nella maggior parte dei casi, va costituendosi. Dunque, il tessuto connettivo si basa certamente sulla condizione di sieropositività; ma ancor di più, il gruppo si rispecchia nella combinazione di individui che si riconoscono nell'esperienza dello stigma. L'incorporazione delle dinamiche complesse che plasmano la geometria dello stigma, all'interno dei gruppi, sta alla base di nuovi processi di significazione e negoziazione sociale della malattia. Queste nuove forme di relazionalità, cercando di sfuggire alle logiche di potere e alle egemonie narrative istituzionali, permettono quindi alle persone sieropositive di creare nuove strategie di narrazione<sup>29</sup> – o contro-narrazione, a ben vedere.

Paul Rabinow, a tal proposito, introdusse il concetto di biosocialità, cioè una forma di accordo relazionale basato su uno stato biologico condiviso<sup>30</sup>. Oltre alle finalità legate al conforto e al supporto individuale, la biosocialità, declinata nella forma del gruppo di auto-aiuto su cui molti dei miei interlocutori facevano affidamento, si concretizza anche nel tentativo di ricostruire una “normalità” esperienziale che però si realizza, per l'appunto, solo all'interno del gruppo. Alla base della biosocialità vi è dunque il vissuto individuale e collettivo che origina dalla condivisione di una stessa patologia. L'obiettivo prioritario dei gruppi, sostiene Vinh-Kim Nguyen, è infatti «la legittimazione di un'esperienza condivisa attraverso il suo riconoscimento nei termini di malattia»<sup>31</sup>. Per quanto riguarda il caso dell'HIV abbiamo assistito a due fasi distinte: la prima, tra gli anni Ottanta e gli anni Novanta, in cui l'attivismo organizzato agiva per rivendicare sostanzialmente l'accesso a trattamenti terapeutici inclusivi e accessibili a tutti<sup>32</sup>. Ad oggi, invece, il tema della rivendicazione sembra agire in direzione del riconoscimento di una specifica

---

<sup>28</sup> Si potrebbero paragonare questi gruppi alle *communitas* di cui parla Turner, le quali emergono laddove la struttura sociale viene meno e prevale una condizione di liminalità. I membri di queste *communitas* non ricoprono uno status vero e proprio ma sono legati da un adattamento empatico al gruppo, che si basa su un sistema di norme ridefinito dalla *communitas* stessa. Cfr. Turner 1969.

<sup>29</sup> Pizza 2005.

<sup>30</sup> Rabinow 1992, p. 244: «Certain formation of new group and individual identities and practices arising out of these new truths. There will be, for example, neurofibromatosis groups who will meet to share their experiences, lobby for their disease, educate their children, redo their home environment, and so on – and that is what I mean by “biosociality”».

<sup>31</sup> Nguyen 2006, p. 76.

<sup>32</sup> Nel film *120 battements par minute* di Robin Campillo, uscito nel 2017, è raccontata in maniera esemplare questa fase: Act-Up Paris, nei primi anni Novanta, lottava strenuamente per scalfire l'indifferenza generale della società francese; la loro missione, tuttavia, era finalizzata anche all'ottenimento e al rilascio sul mercato dei farmaci di nuova generazione che le case farmaceutiche stavano sviluppando in quegli anni, le quali tuttavia perseguivano obiettivi di puro profitto.

“autenticità”<sup>33</sup> identitaria che accomuna l’esperienza, più che la condizione biomedica, delle persone sieropositive. In questo, la biosocialità cui abbiamo accennato in precedenza trova una peculiarità unica: le rivendicazioni attuali non mirano più esclusivamente all’ottenimento di risorse da parte delle istituzioni, ma cercano piuttosto di riconfigurare il discorso sull’HIV spostando l’attenzione sul vissuto soggettivo delle persone sieropositive. Si tenta, in sostanza, di rendere visibile la propria identità negata, mostrandone le idiosincrasie che, di fatto – e paradossalmente –, rendono unica tale identità.

L’elemento idiosincratco, in effetti, è alla base di molti gruppi di supporto frequentati dalle persone sieropositive: in questi luoghi lo stigma è, di fatto, relegato all’esterno. È questo il motivo per cui gli individui che si rivolgono a tali gruppi, una volta che vi sono entrati, si sentono più tranquilli e rassicurati. Allo stesso tempo, tuttavia, la dimensione collettiva della socialità di gruppo, presentandosi come alternativa a quanto non è più accessibile a causa dell’HIV, attualizza un’identità che è fortemente vincolata al fenomeno stesso dello stigma. Per assolvere alle proprie funzioni il gruppo deve necessariamente tracciare, come abbiamo detto in precedenza, un ulteriore solco tra l’esterno e l’interno; questo solco trova nel discorso sullo stigma la sua caratteristica fondante<sup>34</sup>. L’interazione tra le due figure dello stigma inteso come dispositivo – narrativo e socializzante –, da un punto di vista analitico, riesce così ad attenuare la geometria caotica del fenomeno. Ai nostri occhi si presenta qualcosa di simile al nastro di Möbius, che avendo una superficie non orientabile permette, dopo un giro completo, di ritrovarsi dal lato opposto e solo dopo due giri di tornare al punto di partenza. L’esperienza della sieropositività, a quanto pare, è catturata entro questo percorso vincolato: la marginalità prodotta dal fenomeno dello stigma crea e rende invisibile un’identità negata; l’incorporazione, la soggettivazione<sup>35</sup> e la rielaborazione di tale identità, attraverso la biosocialità di gruppo, la riproduce in forme certamente nuove, ma in ogni caso dipendenti dalle narrazioni e dalle rappresentazioni egemoniche che l’hanno plasmata<sup>36</sup>.

Prima di concludere, credo sia opportuno fare una riflessione sul più ampio tema della biopolitica, intesa come modalità di ordinamento e controllo della cittadinanza sulla base di parametri riconducibili ai paradigmi della biologia e della biomedicina. Una caratteristica fondamentale del biopotere consiste nella sua capacità di ridefinire in continuazione le soglie che articolano il dentro e il fuori da una vita

---

<sup>33</sup> Fabietti 1998.

<sup>34</sup> Durante il periodo di ricerca, nonostante la grande disponibilità e gentilezza di alcuni membri di un noto gruppo di auto-aiuto di Bologna, ricordo che mi fu precluso l’accesso a qualsiasi tipo di attività organizzata per i membri. Il motivo era semplice: ero sieronegativa, dunque non mi era possibile inserirmi in quei momenti di riunione.

<sup>35</sup> Agamben 1995.

<sup>36</sup> *Ibidem*.

«socialmente significativa»<sup>37</sup>. Le istituzioni moderne e contemporanee hanno trovato nel criterio biologico e nella possibilità di ridurre l'individuo alla “nuda vita” un validissimo strumento di controllo e demarcazione, di divisione e di unione<sup>38</sup>, attraverso il quale impone le modalità della cittadinanza biologica<sup>39</sup>. Tuttavia, l'aspetto più problematico di tali politiche del corpo, come evidenziato dal caso qui presentato, riguarda le distorsioni collaterali – ma talvolta pianificate – che vengono prodotte sul piano socio-culturale. Si vengono cioè a creare, in maniera del tutto arbitraria, nessi causali che, a partire da un parametro biologico, sarebbero in grado di svelare fatti sociali e comportamentali sui quali le istituzioni stesse esprimono giudizi di valore etico e morale. Volendo sciogliere la geometria intrecciata dello stigma, non è più sufficiente valorizzare il vissuto soggettivo dell'esperienza di malattia delle persone sieropositive, insomma. Occorre rimettere profondamente in discussione la prassi politica e biomedica, nonché il paradigma che le orienta. Solo così credo sia possibile ri-orientare l'esperienza della sieropositività in direzione di un approccio realmente inclusivo, che prescinda da trame di significazione altamente distorsive e marginalizzanti.

## **Conclusioni**

La ricerca etnografica condotta nel contesto dell'Emilia-Romagna ha permesso di approfondire e, per quanto possibile, disvelare, attraverso le testimonianze tratte dal vissuto degli informatori, la complessità del fenomeno dello stigma. La vita di una persona sieropositiva è caratterizzata da una serie di fatti biomedici e socio-culturali che sono spesso fonte di disagio e sofferenza. L'accertamento dello stato sierologico e la verifica diagnostica provocano uno smarrimento esistenziale che evoca le contraddizioni politiche e sociali insite nell'esperienza di malattia di una persona con HIV. La sieropositività, infatti, oltre a significare un'alterazione biologica, implica la negazione dell'identità personale e il confronto con attribuzioni di senso e di valore che, paradossalmente, non dipendono affatto dal parametro biologico misurato in ambito biomedico.

Lo stigma, come forma di esclusione della diversità, collocandosi al centro di tale conflittualità, assume un ruolo centrale nella vita delle persone sieropositive. Manifestandosi nelle forme che abbiamo definito esplicite ed implicite, esso plasma le rappresentazioni e le narrazioni collettive, ed esaspera le condizioni di marginalità che nel dispiegarsi della storia è riuscito a creare. La sua azione richiama quella di un

---

<sup>37</sup> Quaranta 2018.

<sup>38</sup> Rose & Novas 2005.

<sup>39</sup> L'antropologa Adriana Petryna (2004, p. 261) definisce così la cittadinanza biologica: «A demand for, but limited access to, a form of social welfare based on medical, scientific, and legal criteria that recognize injury and compensate for it».

dispositivo narrativo che, grazie a rapporti di forze – e di assenze – preesistenti, riesce a riprodurre, attraverso l’incorporazione e la soggettivazione, le narrazioni dominanti, rendendole egemoniche a tutti gli effetti. Quanto descritto ha reso possibile l’identificazione di un’ulteriore manifestazione della figura dello stigma – la quale, come abbiamo visto, presenta una geometria intricata, sovrapposta, caotica. Oltre ai casi in cui l’esperienza del pregiudizio “agito” si è concretizzata realmente, è stata riscontrata una dimensione del fenomeno che appartiene unicamente alla sfera della percezione. Questo aspetto è riconducibile alla meccanica riproduttiva del dispositivo narrativo, la quale esercita una funzione di manipolazione sulle rappresentazioni collettive della malattia. Lo stigma slitta così dal piano esperienziale dell’”essere marginalizzati” a quello percettivo del “timore di essere marginalizzati” – dinamica che abbiamo descritto come stigma simmetrico.

La circolarità dello stigma, come pratica di esclusione da un lato e come processo di soggettivazione che dall’esperienza giunge alla percezione, risulta nel riconoscimento reciproco da parte delle persone sieropositive di una nuova forma di identità collettiva. Trasfigurato in un dispositivo socializzante, lo stigma dà origine a una forma di socialità inedita – la biosocialità – che, a partire da una condizione biologica condivisa, fa emergere una collettività nuova, organizzatasi intorno alle peculiarità dell’esperienza di sieropositività. La rivendicazione di “autenticità” identitaria dei gruppi di supporto e di auto-aiuto, tuttavia, è soggetta al processo di replicazione delle idiosincrasie dello stigma e, paradossalmente, contribuisce involontariamente a rendere ancora più profondo il solco scavato dal paradigma della biopolitica. Imponendo reti di significazione i cui nessi causali sono stabiliti arbitrariamente, le politiche del corpo producono distorsioni di natura socio-culturale il cui impatto non si manifesta unicamente nelle contingenze dirette, ma anche nelle più complesse dinamiche indirette legate all’incorporazione e alla replicazione delle rappresentazioni e delle narrazioni egemoniche.

## **Riferimenti bibliografici**

Agamben, Giorgio

- *Homo sacer. Il poter sovrano e la nuda vita*. Torino: Einaudi, 1995

Bourdieu, Pierre

- *Esquisse d'une théorie de la pratique précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*. Paris: Editions de Seuil, 1972; trad. it *Per una teoria della pratica con Tre studi di etnologia cabila*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003

Canguilhem, Georges

- *Le normal et le pathologique*. Paris: Universitaires de France, 1966; trad. it. *Il normale e il patologico*. Torino: Biblioteca Einaudi, 1998

Csordas, Thomas

- "Embodiment as a paradigm for anthropology", *Ethos*, vol. 18, n. 1, 1990, pp. 5-47

De Martino, Ernesto

- *Sud e magia*. Milano: Feltrinelli, 1982

- *Storia e metastoria. I fondamenti di una teoria del sacro*. Lecce: Argo, 1995

Fabietti, Ugo

- *L'identità etnica*. Roma: Carrocci Editore, 1998

Farmer, Paul

- *AIDS and Accusation: Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press, 1992

- *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press, 1999

- "Un'antropologia della violenza strutturale", *Antropologia*, n. 8, 2006, pp. 17-49

Fife, Besty L.; Wright, Eric R.

- "The Dimensionality of Stigma: A Comparison of Its Impact on the Self of Persons with HIV/AIDS and Cancer", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 41, 2000, pp. 50-67

Foucault, Michel

- *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France 1978-1979*. Paris: Seuil / Gallimard, 2004; trad. it. *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*. Milano: Feltrinelli Editore, 2005



Goffman, Erving

- *Stigma. Notes on The Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster, Inc., 1963; trad.it. *Stigma. L'identità negata*. Verona: Ombre Corte, 2003

Kleinman, Arthur; Good, Byron; Yang, Lawrence H.; Link, Bruce G.; Phelan, Jo C.; Lee, Sing

- "Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory", *Social Science & Medicine*, vol. 64, 2006, pp. 1524-1535

Kleinman, Arthur; Hall-Clifford, Rachel

- "Stigma: a social, cultural and moral process", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 63, 2009, pp. 418-419

Kleinman, Arthur; Kleinman, Joan

- "Suffering and its professional transformation", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15, n. 3, 1991, pp. 275-301

Nguyen, Vinh-Kim

- *Il corpo critico e la critica della razionalità. L'Aids e la produzione di esperienza in un ospedale universitario nordamericano*, in Pandolfi, Mariella (a cura di), *Perché il corpo: utopia, sofferenza, desiderio*. Roma: Meltemi, 1996, pp. 57-74

- "Attivismo, farmaci antri-retrovirali e ri-plasmazione del sé come forma di cittadinanza biopolitica", *Antropologia*, vol. 8, 2006, pp. 71-92

Pizza, Giovanni

- *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci, 2005

Petryna, Adriana

- "Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations", *Osiris*, vol. 19 n.1, 2004, pp. 250-265

Quaranta, Ivo

- "Politiche del silenzio e della violenza: AIDS e nuove soggettività giovanili a Nso' (Camerun)", *La Ricerca Folklorica*, vol. 50, 2004, pp. 5-21

- (a cura di), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006a.

- *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*. Roma: Meltemi, 2006b

- "Introduzione. Sofferenza sociale", *Antropologia*, n.8, 2006c, pp. 5-15

- “La trasformazione dell’esperienza. Antropologia e processi di cura”, *Rivista di studi*, n. 3, 2012, pp. 264-290
- “Le traiettorie teoriche del corpo fra ordine e disordine sociale”, *DADA Rivista di Antropologia post-globale*, [www.dadarivista.com](http://www.dadarivista.com), n. 2 Dicembre 2018, pp. 7-22

Rabinow, Paul

- *Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality*, in Crary, Jonathan, Kwniter, Sanford (eds.), *Incorporations*. New York: Zone Books, 1992, pp. 234-252

Rose, Nikolas; Novas, Carlos

- *Biological Citizenship*, in Ong, Aihwa, Collier, Stephen J. (eds.), *Global Assemblages. Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford, Malden: Blackwell, 2005, pp. 439-463

Scheper-Hughes, Nancy; Lock, Margaret

- “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology”, *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, n. 1, 1987, pp. 6-41

Schirripa, Pino

- “Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza”, *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, n. 37, 2014, pp. 59-80

Sontag, Susan

- *AIDS and Its Metaphors*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1989

Turner, Victor

- *The Ritual Process. Structure and Anti-Structure*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1969; trad. it. *Il processo rituale*. Brescia: Morcelliana, 1972

Van Gennep, Arnold

- *Le rites de passage*. Paris: Édition Picard, 1909; trad. it. *I riti di passaggio*. Torino: Bollati Boringhieri, 2012

Whelehan, Patricia

- *The Anthropology of AIDS: A Global Perspective*. Gainesville: University Press of Florida, 2009