



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

DIPARTIMENTO DI: CULTURE, POLITICA E SOCIETÀ

DOTTORATO IN: SCIENZE PSICOLOGICHE ANTROPOLOGICHE E
DELL'EDUCAZIONE

TITOLO DELLA TESI: OLTRE I CONFINI DELLA CURA. Intersezioni e
Pluralità di Sistemi medici. Il caso di Bidibidi, Uganda.

TESI PRESENTATA DA: GILBERTO BORRI

TUTOR: ALESSANDRO GUSMAN

COORDINATORE DEL DOTTORATO: MARCO TAMIETTO

CICLO: XXXIV

SETTORE SCIENTIFICO-DISCIPLINARE DI AFFERENZA: M-DEA/01
DISCIPLINE DEMOETNOANTROPOLOGICHE

OLTRE I CONFINI DELLA CURA

Intersezioni e Pluralità di Sistemi medici. Il caso di Bidibidi, Uganda.

Gilberto Borri

Introduzione	p. 5
Capitolo I: Conflitti, Migrazioni e Accoglienza	
1.1 Il Sudan	p. 21
1.2 Storia	p. 24
1.2.1 Dalla Colonia all'Indipendenza (1821-1956)	p. 25
1.2.2 Dall'Indipendenza ad Adis Abeba (1955-1972)	p. 27
1.2.3 La Seconda Guerra Civile (1983-2005)	p. 29
1.3 Sud Sudan: uno 'Stato fallito in partenza'	p. 31
1.3.1 Kiir e Machar	p. 33
1.3.2 Equatoria	p. 34
1.3.3 Cirillo	p. 36
1.4 Il ruolo dell'Uganda	p. 37
1.5 Accoglienza	p. 39
1.5.1 Il Sistema Sanitario ugandese	p. 48
1.5.2 Il confine	p. 52

1.6 Bidibidi _____ p. 56

Capitolo II: Public and Global Health

2.1 Public Health _____ p. 63

2.2 Public Health nel contesto coloniale _____ p. 65

2.3 Global Health _____ p. 73

2.3.1 Alma Ata _____ p. 76

2.3.2 Il dopo Alma Ata _____ p. 80

2.4 Public Health a Bidibidi _____ p. 83

2.5 Il contatto con altri Sistemi di Cura _____ p. 100

Capitolo III: Accesso alla sanità da parte dei rifugiati

3.1 Sanità reale e sanità percepita _____ p. 113

3.1.2 Distanze, mancanze, paure, attese e paracetamolo _____ p. 119

3.2 Esempi di itinerari terapeutici _____ p. 130

3.2.1 Alex _____ p. 130

3.2.2 Moses _____ p. 135

3.3 Il Covid _____ p. 139

Capitolo IV: Intrecci di Sistemi _____ p. 151

4.1 Bodo e Buni: le figure della cura in cambiamento _____ p. 158

4.1.2 Piante medicinali _____ p. 171

4.1.3 Orace	p. 177
4.1.4 Angel	p. 181
4.1.5 Stella	p. 185
4.2 Eziologie tra Memoria e Cambiamento Climatico	p. 189
4.2.1 Il cambiamento climatico	p. 192
4.3 Plant across borders. Persone, saperi e farmaci in movimento	p. 196
Conclusioni	p. 206
Bibliografia	p. 221

Introduzione

Il giro lungo

La ricerca di campo alla base di questa tesi è stata condotta dal gennaio del 2019 ad agosto 2022 nel corso di quattro soggiorni (12 mesi) nel *settlement* di Bidibidi, uno dei più grandi campi profughi al mondo, nel nord-ovest dell'Uganda. Ma affonda le sue radici in una frequentazione più lunga con il Paese definito *La Perla d'Africa*. Il mio percorso per comprendere i meccanismi e le evoluzioni della medicina definita 'tradizionale' mi aveva infatti già portato in Uganda, sulle pendici dei monti del Rwenzori, per le ricerche sulla fitoterapia indigena e le associazioni di guaritori tradizionali che erano poi sfociate nelle mie tesi triennale e specialistica.

Per comprendere questi fenomeni avevo così scelto di compiere quel 'giro lungo' (Remotti 2009) che l'antropologia si propone per poter poi meglio indagare i processi che si compiono nella propria cultura d'appartenenza.

Quando però nel 2019 ho preso per la prima volta il pullman che mi avrebbe portato, con un viaggio di dodici ore, nel *settlement* di Bidibidi, il focus della mia ricerca si era spostato su un tema diverso. Se i sistemi di cura indigeni rimanevano al centro della mia indagine i luoghi e le persone con cui stavo approcciandomi ad interagire avevano assunto una dimensione diversa. I rifugiati sud sudanesi che avrebbero costituito la popolazione da me presa in esame mi costringevano a porre il tema della cura indigena all'interno di dinamiche e spostamenti internazionali, globali.

L'ipotesi alla base della mia ricerca era nata all'interno di un progetto in collaborazione con l'Università di Makerere: *Mobility, Migrations and Refugees in*

East Africa: The Case of Uganda e prevedeva l'assunto che in conclamate condizioni di scarsità di aiuti e di strutture sanitarie i saperi tradizionali della cura mantenessero un ruolo importante nel fornire assistenza medica.

La realtà del campo mi avrebbe di lì a poco messo direttamente a contatto con le reti globali che si intrecciano in un luogo che geograficamente, a guardarlo su una mappa, non si può fare a meno di immaginare come isolato e remoto. Durante quelle dodici ore di viaggio, su un pullman sgangherato che attraversava la quasi totalità del Paese da sud a nord, in un assembramento di corpi che di lì ad un anno sarebbe sembrato quantomeno allarmante, mi sono interrogato a lungo su cosa avrei trovato alla fine di quel viaggio. Ho continuato a ripetermi per ore tutto ciò che avevo studiato e letto su Bidibidi. Sapevo per certo che era uno dei campi profughi più grandi al mondo, all'epoca probabilmente il più grande, con una popolazione stimata di 233.000 persone, sorto nel 2016 a seguito delle immense ondate di migranti in fuga dalla guerra civile in Sud Sudan. Sapevo che le condizioni di vita dei rifugiati erano, per usare un eufemismo, precarie e sapevo che era considerato allo stesso tempo un esempio virtuoso di accoglienza. Una certa domestichezza con il sistema sanitario ugandese e le notizie dell'anno precedente sulla poca trasparenza degli aiuti umanitari che aveva provocato una forte riduzione dei fondi a disposizione, mi faceva ipotizzare una carenza di strutture sanitarie e di personale. Soprattutto alla luce degli enormi numeri dell'utenza che queste strutture dovevano servire. Ero sicuro che forme di conoscenza e pratiche indigene sulla cura avessero viaggiato insieme ai rifugiati e che continuassero a esistere all'interno del *settlement*. Ma in che forma e in che dimensione mi era impossibile immaginarlo. Si era, infatti, rivelato particolarmente difficile reperire informazioni sull'argomento dall'Italia e devo ammettere che si era insinuato in me il dubbio, alimentato forse dalla spossatezza del lungo viaggio, che tali pratiche non esistessero. Per fortuna mi sbagliavo. Le avrei trovate in configurazioni che mi erano familiari e allo stesso tempo completamente inedite.

Il mio primo contatto con quello che sarebbe stato il mio campo nei successivi quattro anni è avvenuto di notte. Quando il pullman ha raggiunto la cittadina di Arua, a circa 90 km da Yumbe (piccolo centro abitato ai confini del *settlement*) stava già calando l'oscurità. L'unica cosa che sapevo all'epoca è che si trattava di una delle ultime tappe prima del mio arrivo. Non immaginavo che ci volessero ancora quasi tre ore di viaggio su strade sterrate e dissestate. Nel buio i fari del pullman sembravano lottare contro un muro rosso di polvere, che impediva di vedere oltre a pochi metri dal frontalino del mezzo, raramente interrotto da gruppetti di piccole case e da figure che si giravano di spalle al nostro passaggio per ripararsi dalla polvere. E, infine, Yumbe che nel buio mi parve una sola strada immersa nell'afa e nel rossore diffuso. La polvere è stata la mia compagna quasi sempre presente. Il mio primo assaggio, letteralmente, del *settlement* di Bidibidi.

Yumbe è un piccolo centro abitato, la cui popolazione è stimata in circa 47.000 abitanti. Le cifre farebbero immaginare una piccola cittadina, ma bisogna considerare che la maggior parte degli abitanti vive in centri sparsi nelle campagne. Il centro abitato, composto da quattro strade principali, è la sede di numerose ONG e gran parte della sua popolazione, in continua crescita, è composta da lavoratori dell'immenso universo di agenzie di aiuto, nazionali e internazionali, che si ritrovano la sera nei pochi bar del paese. Lungo l'asse principale sorgono i negozi di alimentari, elettronica, tre internet point, un negozio di telefonia e due moschee. E l'Health Center IV che funge, e continuerà fungere fino al completamento del nuovo ospedale fuori città, da centro principale per la cura dei casi più gravi di Yumbe e dell'intero *settlement*. Tutto intorno al paese sorgono gli uffici delle ONG con cartelloni colorati, in vario stato di usura, che dichiarano il nome di questa o di quella agenzia. Si può infatti calcolare da quanto tempo un'organizzazione è presente nel *settlement* dallo stato di consunzione dei loro cartelli. Quella dei cartelli è una vera e propria disseminazione e iscrizione del territorio sia a Yumbe che nel *settlement*. Ogni struttura, dal gazebo per permettere

alle donne al mercato di ripararsi dal sole, alla pompa dell'acqua, alla scuola o al centro direzionale è correlata da un cartello che ne dichiara la funzione, l'anno di costruzione, chi l'ha costruita, all'interno di quale progetto e spesso con quali fondi. Un'altra tipologia di cartelloni invece elenca, con disegni esplicativi, le buone pratiche di igiene, di prevenzione delle malattie oppure invita a far presente alle strutture preposte, l'insorgere di malattie o gli atti di violenza.

Le strutture più grandi sono quelle delle più importanti agenzie: IRC, Action Against Hunger, Medici Senza Frontiere e UNICEF. L'enorme compound di UNHCR sorge invece ad una certa distanza da Yumbe ed occupa un'area molto vasta, è sempre fervente di attività, e difficilmente accessibile da chiunque non appartenga alle Nazioni Unite.

La presenza dei lavoratori del mondo umanitario è molto varia. Vi sono persone da tutto il mondo, ma la divisione spaziale, finita la giornata di lavoro è molto netta. Gli occidentali infatti sono ospitati nelle strutture delle stesse ONG, o risiedono nei due alberghi di 'lusso' fuori città, le cui camere o bungalow possono raggiungere costi proibitivi. La maggior parte della forza lavoro, composta da africani e in particolare da ugandesi, vive invece in piccole stanze in affitto, molto spesso in tre o quattro per stanza. Allo stesso modo solo gli uffici delle ONG e gli alberghi si possono permettere di alimentare giorno e notte i rumorosi e puzzolenti generatori a nafta per avere elettricità e luce. Tutti gli altri, me compreso nella mia piccola stanza alla Smart Guesthouse, dovevano arrangiarsi con candele, torce elettriche e piccoli pannelli solari portatili. Yumbe è infatti collegata alla rete elettrica nazionale, ma per tutto il 2019 e il 2020 la corrente era presente per circa tre ore al giorno, solitamente il martedì e il venerdì. Perché questi due giorni non mi è mai stato dato di capire. Nel 2021 poi la situazione è migliorata, ma i cali di corrente e i blackout continuavano ad essere frequenti e potevano durare anche per giorni. Nel 2022 sono stati intrapresi lavori di potenziamento della rete con la posa

di nuovi cavi che avrebbero dovuto assicurare la copertura a Yumbe e portare la corrente anche nei nodi principali del *settlement*. Anche l'acqua è un problema, a Yumbe come nel campo e, se ora l'approvvigionamento sembra migliorato, fino al 2020 si doveva fare affidamento a cisterne che si riempivano con l'acqua piovana nella stagione delle piogge o che dovevano essere riempite tramite appositi trasporti su ruota. La falda acquifera, in tutta la zona, si trova infatti a grande profondità e durante la stagione secca, quando il livello si abbassa considerevolmente, le pompe non sono più in grado di raggiungere le risorse idriche. Le due stagioni, quella secca e quella delle piogge, cambiano considerevolmente il volto della città e del vicino campo rifugiati. Se in una regna la polvere, nell'altra il protagonista è il fango; per quanto la polvere torni immediatamente ad emergere ad ogni giornata di sole. Nella prima tutto è secco e ricoperto da un perenne strato di sabbia rossastra, nella seconda improvvisamente la regione si tinge di varie sfumature di verde. Il cambiamento è così repentino e improvviso da sembrare surreale. Il *bush* esplose di colori e di suoni di uccelli, e altri piccoli animali, i campi si riempiono e gli alberi fioriscono, e il tutto succede nel giro di qualche settimana, a volte di giorni. Questo purtroppo sta cambiando, il cambiamento climatico ha portato a stagioni secche sempre più lunghe e a stagioni delle piogge sempre più corte e dallo scarso apporto di precipitazioni. L'essermi recato nel *settlement* per quattro anni consecutivi, in momenti dell'anno e stagioni diverse ha reso questo cambiamento e la velocità della sua progressione dolorosamente evidenti.

L'unico servizio che funziona con una certa efficienza a Yumbe è la copertura telefonica e internet mobile. Sul paesaggio di edifici ad un solo piano svettano infatti due altissimi ripetitori che sono stati fatti installare da UNHCR; può non esserci luce ed acqua, ma il microcosmo del campo deve sempre essere costantemente collegato al mondo intero. Quelle torri d'acciaio sono state il primo segnale di quella globalità che la mia ricerca avrebbe dovuto affrontare, il simbolo

costante che nonostante il suo essere remoto, quel luogo non era isolato. Quel punto su una mappa non era solo al centro di una rete di movimenti migratori, né solamente il punto di arrivo di lavoratori, materiali e competenze da ogni parte del mondo, ma era anche costantemente collegato al mondo in un flusso di informazioni ininterrotto.

Tre erano le scelte che avevo compiuto prima ancora di mettere piede nel *settlement* e tutte e tre si rivelarono presto in parte o completamente inattuabili. La prima riguardava la scelta di operare indipendentemente. Non volevo infatti legarmi a qualsiasi tipo di organizzazione, governativa o no, per evitare di rientrare negli stereotipi e nei rapporti di potere che inevitabilmente l'assimilazione a un ente umanitario avrebbe portato con sé. Le aspettative che i miei interlocutori riponevano su di me sono sempre state molto alte senza il bisogno che pensassero che facessi parte di un progetto internazionale in grado di muovere capitali. Allo stesso tempo, la mia non affiliazione poteva essere garanzia di protezione per loro: non dovendo infatti rispondere a nessuna organizzazione potevo provare a rassicurarli sulla confidenzialità delle nostre conversazioni.

In questo, almeno per tutto il 2019, la burocrazia mi è stata nemica. I permessi di ricerca infatti tardavano ad arrivare, rallentati e ostacolati all'infinito da cavilli, incomprensioni, lungaggini, e forse, a mia insaputa, da giochi di potere. Nonostante i permessi siano stati poi con fatica ottenuti, la lotta con la burocrazia della ricerca è stata un'altra stressante e sfiancante costante della mia esperienza a Bidibidi che mi ha accompagnato in tutti e quattro gli anni del mio Dottorato. Per poter accedere al campo, nel frattempo, ho dovuto quindi ricorrere a un'agenzia umanitaria. Ero entrato in contatto con *Real Medicine Foundation* (RMF), che all'epoca era uno dei partner principali di UNHCR per la salute, tramite Enoch e Nelson che vi lavoravano e che studiavano alla Makerere University. Il loro preziosissimo aiuto e la loro disponibilità mi hanno permesso di accedere al campo

durante quei primi mesi. Con loro e con i loro colleghi ho potuto seguire le attività che svolgevano e che andavano dalla prevenzione e al monitoraggio della malnutrizione infantile, alle campagne di test HIV e alle campagne di vaccinazione. Questo mi ha permesso di prendere dimestichezza con il *settlement*, creare dei primi contatti importanti con alcuni rifugiati e con il personale medico. Se in seguito la mia ricerca è proseguita in completa autonomia, devo comunque a questo fortuito cambio di rotta le mie prime, formative, esperienze a Bidibidi.

Questo primo rimodellamento di strategie è stato anche la causa della deviazione dalle altre due scelte che avevo compiuto a priori. Avevo infatti ipotizzato di svolgere la mia ricerca nella Zona 5 del campo, la più popolosa e con il più alto numero di centri sanitari. La necessità di concentrarsi su una sola Zona era dettata dall'enormità di Bidibidi, ma i progetti che avevo seguito con RMF si erano svolti tutti nella Zona 3. Non solo quindi avevo passato i primi tre mesi a cercare e creare contatti in quella Zona, ma mi era molto presto diventato chiaro che spostarsi successivamente comportava numerosi problemi. Da un lato le Zone tendono ad avere una composizione etnica diversa e dall'altro a Bidibidi, nonostante il numero enorme di persone, le voci girano. Era molto difficile spostarsi senza che i rifugiati sapessero chi ero, con chi mi muovevo e con una buona approssimazione con chi avevo parlato. Forse questa notorietà era aggravata dai miei comportamenti anomali. A differenza della maggior parte degli occidentali io mi muovevo a piedi o in moto (perché le distanze non permettevano di fare altrimenti) e non arrivavo nel *settlement* a bordo delle jeep delle ONG. Forse perché facevo domande strane che riguardavano la salute, ma chiaramente non ero un medico. Fatto sta, che dopo aver speso mesi in una Zona non mi sarei potuto muovere liberamente in un'altra. La mia 'affiliazione' con gli abitanti e i gruppi della Zona 3 era stata sancita. Dal provare a spostarmi in un'altra zona sono stato anche messo in guardia da molti dei lavoratori delle ONG con cui parlavo. La violenza tra gruppi poteva esplodere da un momento all'altro e io ormai 'appartenevo' ad un gruppo. Questo era stato

sottolineato da un evento violento scoppiato pochi giorni prima del mio arrivo a Bidibidi di cui tutti ancora parlavano. Durante una partita di calcio per promuovere lo sport come mezzo di coesione e riconciliazione, alcune divergenze emerse sul campo da gioco erano velocemente passate dai giocatori alle loro famiglie, da queste ai clan ed erano infine sfociate in uno scontro tra villaggi che aveva fatto numerosi feriti e alcuni morti e che era stato sedato solo dall'intervento dell'esercito.

Forse mi lasciai influenzare da quello che mi veniva detto, ma alla fine per me la scelta di rendere la Zona 3 il fulcro principale della ricerca si è rivelata proficua.

La terza ed ultima scelta a dover essere rimodellata è stata quella di risiedere all'interno del *settlement*. Questa scelta era dettata dalla volontà di trovarmi a stretto contatto con la popolazione rifugiata e di poter interagire con essa anche al di fuori degli orari imposti dalla necessità di tornare a dormire a Yumbe. Sapevo di un altro ricercatore norvegese che si era fatto ospitare, dietro compenso, da una famiglia di rifugiati proprio nella Zona 3. Quando l'ho incontrato lui entusiasticamente mi aveva proposto di fare da intermediario per organizzare, per me, una simile collocazione. Tuttavia, avevo rifiutato. Vivere con i rifugiati, nella loro capanna, usufruendo della poca acqua disponibile, del loro cibo, anche dietro compenso, non mi sembrava corretto. Anzi mi sembrava irrispettoso. Inoltre, mi era tristemente chiaro come anche il solo interagire con me esponeva i miei interlocutori a continue richieste di denaro da parte di amici e parenti a cui poi era molto difficile sottrarsi e allo stesso tempo li esponeva a gelosie e inimicizie. L'assunto era che l'occidentale erogasse denaro, anche quando questo non avveniva. Il pagare una famiglia perché mi ospitasse temevo potesse acuire questo meccanismo e aggravarsi quando poi io me ne sarei andato. Oltretutto mi è stato da subito chiaro come il denaro fosse convertibile in beni materiali solo con molta fatica nel contesto di Bidibidi.

Il mio obiettivo era quindi quello di essere ospitato nelle *facilities* di uno degli *Health Center* che sorgevano nel campo. Questo mi avrebbe permesso di rimanere a stretto contatto non solo con i rifugiati, ma anche con uno dei luoghi che all'epoca credevo cardine per lo svolgimento della mia ricerca. Ma, il ritardo dei permessi, non mi permise di risiedere nel *settlement* e l'anno successivo il Covid avrebbe cambiato drasticamente le possibilità di intraprendere questa scelta, di fatto impedendomela.

La pandemia di Sars Covid-19 ha profondamente influenzato la mia ricerca sul campo, ponendo sfide uniche e richiedendo continui adattamenti metodologici e personali. Le severe restrizioni agli spostamenti hanno drasticamente ridotto il tempo che ho potuto dedicare alla ricerca, considerando anche che l'Uganda, come molti altri Paesi africani, ha avuto chiusure e lockdown in momenti completamente diversi rispetto all'Europa. Ciò mi ha impedito di tornare nel Paese anche quando in Italia le misure di contenimento si erano ammorbidite. Per mesi ho dovuto sottopormi a rigide quarantene, attendere di ottenere i permessi aggiornati alle nuove norme prima di potermi spostare dalla capitale Kampala verso Bidibidi e seguire estremamente rigidi protocolli sanitari. L'interazione diretta con i miei interlocutori sul campo è stata fortemente limitata dall'uso obbligatorio di mascherine e dalle regole di distanziamento fisico. Tutto ciò ha drasticamente ridotto le mie possibilità di svolgere osservazione partecipante e convivenza prolungata con le comunità, sottraendo di fatto quasi due anni preziosi alla mia ricerca etnografica. D'altro canto, questa terribile pandemia mi ha fornito occasioni uniche per comprendere da vicino come i guaritori tradizionali sud sudanesi abbiano affrontato questa inaspettata crisi sanitaria globale. Inoltre, mi ha permesso di osservare direttamente dal campo come abbiano reagito il fragile sistema sanitario ugandese e gli aiuti internazionali in situazioni di estrema emergenza sanitaria. L'interruzione causata dalla pandemia non è stata solo

temporale e temporanea. Molti dei miei interlocutori chiave infatti hanno lasciato l'Uganda durante il difficilissimo biennio 2020-2021 e, purtroppo, molti di loro non vi hanno più fatto ritorno.

Gli strumenti da me utilizzati sono stati quello dell'intervista qualitativa semi strutturata e della *in-depth interview* solitamente ad un singolo interlocutore, dove possibile nel corso di più incontri. Ma molto spesso le lunghe conversazioni che ho avuto con guaritori ed erboristi hanno preso pieghe inaspettate assumendo maggiormente forme incontrollate e incontrollabili, con l'emergere di temi nuovi e la partecipazione volontaria ed estemporanea di altre persone. Ad accompagnarmi in questa ricerca c'è stato un gruppo di collaboratori e co-autori estremamente capace e intraprendente. Mandela e suo fratello Benson, Alex e Richard, rifugiati di origine *Bari* e residenti della Zona 3 sono stati per me guide preziose all'interno del campo e senza il loro aiuto non sarei sicuramente riuscito a svolgere neanche una minima parte del lavoro svolto. Alle lunghe conversazioni con loro, ma soprattutto alle nostre incomprensioni, devo molto. Il loro sguardo intelligente e curioso è stato per me essenziale nel comprendere molte delle dinamiche che riguardano il presente e il futuro degli erboristi, come gli equilibri del *settlement*.

Ho conosciuto Mandela nel 2019, quando stava iniziando a lavorare come traduttore per una ONG e si è mostrato entusiasta all'idea di lavorare con me coinvolgendo poi gli altri. La loro instancabile collaborazione, la loro enorme rete di conoscenze e la loro preziosa capacità di sopperire alle mie mancanze sono alla base di questa tesi. Sono sicuro che essi si ritengano co-autori di questo elaborato tanto quanto io li consideri tali, ma ovviamente la nostra relazione era complicata. Una relazione sfaccettata e fatta anche di rapporti di potere squilibrati. Se lo spirito era di piena collaborazione e nel tempo è nata una profonda amicizia, il nostro rapporto aveva anche un aspetto economico. Il fatto che io, che andavo e venivo da Bidibidi, pagassi il loro tempo ovviamente creava squilibri, aspettative

economiche e lavorative. I tempi della ricerca, interrotti anche dalla pandemia, corrispondevano anche alla cessazione del compenso lavorativo. In un periodo in cui la crisi sanitaria si è accompagnata ad una forte diminuzione degli aiuti umanitari, faceva sì che le mie, ridotte, possibilità economiche influissero sulla qualità di vita dei miei collaboratori e delle loro famiglie.

La mia alterità nel *settlement* e fuori è sempre stata palese e non sempre di facile conciliazione con il lavoro che stavo svolgendo. L'essere ricercatore italiano con fondi per la ricerca, che a me sembravano pochi, già mi poneva in un mondo diverso dalle persone che mi circondavano. Il solo fatto che fossi giunto in Uganda, e che per di più lo avessi fatto di mia libera volontà, con mezzi economici, vestiti e medicinali che avevo portato con me, mi rendevano un alieno. E mi ponevano gerarchicamente ad un gradino più alto nei rapporti di potere con collaboratori e interlocutori. Ignorare questa disparità era impossibile; cercare di leggerla, tradurla, in alcuni casi indebolirla e di farla trasparire nell'analisi fatta in questa tesi è stato uno sforzo continuo sui cui risultati continuo ad interrogarmi ancora oggi.

La sfida è parlare di argomenti, riportare storie e fatti che inevitabilmente sono stati letti attraverso numerose lenti interpretative, in primis la mia, mantenendone intatta la particolarità. In questa interpretazione di interpretazioni ho cercato di dare un quadro, per quanto più mi fosse possibile, attinente al reale vissuto dei miei interlocutori.

Anche l'osservazione partecipante da me attuata è stata un compromesso con le regole auree dell'antropologia. La partecipazione nel caso degli erboristi è stata quasi sempre mediata più dall'occasione che da un rapporto. Essi tendono infatti a riproporre uno schema di interazione che ricorda molto quello del consulto medico. In linea generale si sono sempre mostrati aperti nei miei confronti sia nel parlarmi delle loro storie di vita, dei loro progetti e del loro sapere. Tuttavia, con

pochi sono riuscito ad instaurare un rapporto continuativo causa anche il pendolarismo che alcuni di essi esercitano tra il Paese di origine e il *settlement*. Con questi mi è stato però possibile condividere più aspetti della loro vita e del loro operato.

Anche laddove il rapporto è riuscito a travalicare i limiti dell'intervista ho però spesso vissuto una forte sensazione di straniamento. Nel gioco di ruolo dell'intervista, della domanda, mi è spesso sembrato che i miei informatori conoscessero le regole meglio di quanto le conoscessi io. Mi sono così sempre approcciato alle loro storie e ai loro saperi come chi debba imparare e ho lasciato che gli eventi in cui mi trovavo seguissero il loro corso. Se sono riuscito a mantenere un giusto equilibrio tra la posizione di chi registra degli avvenimenti e quella di chi, comunque, voglia mantenere una propria linea di lavoro non mi è ancora dato di sapere. Allo stesso tempo un lavoro costante è stato necessario per cambiare l'idea che i rifugiati avevano di me. Far capire che non ero un medico interessato a predare o a giudicare i loro saperi si è rivelato in alcuni casi un percorso in salita. Così come far comprendere che non lavoravo per nessuna organizzazione, cosa che nel contesto del *settlement* sembrava impossibile. Nell'interazione dialogica con i miei interlocutori gli squilibri di potere a cui ho accennato prima erano presenti e rappresentavano il punto di partenza per una danza fatta di aspettative, richieste, speranze e delusioni da entrambe le parti. Strumenti, pensati come mezzo di tutela, e richiesti come requisito essenziale per la ricerca dagli enti di controllo come UNHCR e *Uganda National Council for Science and Technology*, come quello dei *form* per il consenso informato sono stati molto spesso un limite. Mettere nero su bianco il nome dei miei interlocutori voleva dire esporli e non proteggerli. Dove possibile in questo elaborato ho sempre usato dei nomi fittizi o le iniziali puntate, decidendo di volta in volta con i miei stessi interlocutori se volessero usare il loro vero nome o meno.

Come spesso accade nella ricerca, l'argomento al centro di questo

elaborato, i sistemi di cura indigeni a Bidibidi, ha dovuto davanti all'evidenza dei fatti adattarsi e cambiare. Mi è stato chiaro fin da subito che non era possibile prendere in esame il lavoro e i saperi degli erboristi come elemento isolato. Ma che per poter capire il sistema di cura non bastava solo inserirlo all'interno delle relazioni con altri sistemi. Era necessario inserirlo in una rete di relazioni con la diaspora, con il Sistema Sanitario Nazionale, con il sistema degli aiuti internazionali, con le condizioni di vita nel campo e con l'ambiente in senso lato che lo circonda. Era necessario parlare delle concezioni di salute e di intervento sanitario che storicamente, economicamente e politicamente hanno plasmato le condizioni e le idee di sanità e salute a livello globale.

In un mondo, quello della Salute Globale, che sempre più esercita le proprie azioni attraverso logiche di fattibilità e di mercato riducendo i soggetti di questi interventi a mera popolazione statistica il rischio dell'appiattimento delle sofferenze dei rifugiati a mero sintomo biologico è sempre più presente. Il guardare ai rifugiati attraverso le lenti degli interventi sanitari internazionali rischia sempre più di porli in un limbo di passività pericolosa. Se le loro vite vengono appiattite a mere quantità di rischio epidemiologico si compie un netto taglio della complessità dei fenomeni che si trovano ad attraversare il mondo della sofferenza e della cura, e allo stesso tempo si riducono i rifugiati a meri corpi privi di qualsiasi agency personale e politica.

Questa tesi non pretende di essere uno strumento di empowerment dei rifugiati Sud Sudanesi di Bidibidi, ma vuole sfruttare la capacità dell'antropologia di cambiare la direzione dello sguardo sulla questione della cura. In quanto caso particolare, che dà riscontro di voci e situazioni particolari, vuole provare a porsi al di fuori dei modelli statistici che troppo spesso sono l'unica fonte ufficiale della sofferenza e della produzione epistemica su di essa, e prova a farlo attraverso le lenti dei saperi medici che operano nel settlement e attraverso alcune delle figure che operano con questi saperi.

La speranza è quella di proporre dei mezzi di comprensione più sfaccettati di come i progetti di salute internazionale agiscano e quali effettivi risultati abbiano nella quotidianità della vita delle persone che abitano nel campo. E di proporre visioni alternative della fattibilità e delle ricadute che questi progetti hanno, provando nello stesso tempo a fare da cassa di risonanza a quelle voci emiche che sole possono essere in grado di rompere il rischio della bidimensionalità. L'auspicio è che lo sguardo antropologico e la pluralità di voci di cui un lavoro di questo tipo vuole provare a farsi carico possano fornire una base diversa per la critica dei fenomeni presi in esame. Sperando di poter sollevare delle domande concrete e radicate nella materialità dell'esperienza umana della vita nel settlement, non solo dal punto di vista del 'paziente', ma anche da quello di chi nei discorsi sul male e sulla sofferenza opera e agisce.

Il primo capitolo, intitolato "Conflitti, migrazioni e accoglienza", si propone di esaminare il corridoio della violenza che ha portato alla creazione del campo di Bidibidi. Attraverso una disamina approfondita cerco di esplorare i conflitti che hanno caratterizzato la regione fin dalle sue origini storiche. Come Sudan unitario prima e dopo la secessione, analizzando le dinamiche che hanno portato alle guerre civili che tuttora imperversano oltre e lungo il confine. Nel capitolo cerco di individuare le dinamiche storiche, politiche ed economiche che hanno plasmato il conflitto guardando poi al confine come zona porosa di movimenti da e per l'Uganda di sudanesi e ugandesi nel corso degli anni in fuga da numerose e diverse instabilità al di qua e al di là di quella linea immaginaria che divide i due Paesi.

Cercando al contempo di introdurre il sistema di accoglienza ugandese e come questo si proponga di porre i rifugiati all'interno del proprio sistema sanitario.

Il secondo capitolo, "Public e Global Health", si concentra sulle tendenze internazionali e globali che hanno portato alla nascita delle attuali concezioni di

salute pubblica e di salute globale cercando di darne un'evoluzione storica in rapporto ai cambiamenti avvenuti in Africa e in Uganda prima nel periodo coloniale, poi nel post colonia e infine con la nascita di organizzazioni internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Queste concezioni di salute, tipologie di intervento e di aiuto che cambiano, sono messe a confronto con le concezioni della cura di sistemi altri, definiti come 'tradizionali' o 'indigeni' e ne seguono il difficile rapporto. Saranno esaminate le politiche e le pratiche di assistenza sanitaria di *Primary Health Care*, che per prima ha aperto le porte all'ingresso di sistemi di cura altri, con un'analisi di quelle messe in atto dallo Stato ugandese e delle organizzazioni non governative (NGO) coinvolte nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il terzo capitolo, "Accesso alla sanità da parte dei rifugiati", affronta la questione cruciale dell'accesso ai servizi sanitari da parte degli stessi. Verranno esplorate le differenze tra la sanità reale e quella percepita, analizzando le sfide e le opportunità che i rifugiati incontrano nell'ottenere cure adeguate. Analizzando le diverse concezioni e interrelazioni attribuite alla salute e alla sofferenza in un contesto in cui la scarsità di mezzi e risorse influisce non solo sui servizi della cura, ma sulle condizioni di vita in generale con attenzione ai variegati percorsi di cura messi in atto dai rifugiati attraverso numerose e varie fonti, pratiche e saperi. Inoltre, sarà dato uno sguardo specifico all'impatto della pandemia da COVID-19 sull'accesso alla sanità all'interno del campo di Bidibidi, tenendo conto dei traumi profondi che l'esperienza del COVID-19 ha lasciato tra gli abitanti del campo.

Il quarto capitolo, "Intrecci di Sistemi", indaga infine la pluralità dei sistemi medici presenti nel contesto di Bidibidi. Saranno esplorati i modi in cui la modernità si intreccia con la tradizione, con particolare attenzione al ruolo dei guaritori e alla loro evoluzione in un contesto in continua trasformazione. Sarà inoltre approfondito il tema delle piante medicinali che attraversano i confini,

evidenziando il loro ruolo nella cura e nel benessere dei rifugiati. Inoltre, verranno esaminati i cambiamenti climatici e la loro influenza sulla salute, tenendo conto delle memorie e delle dimenticanze legate a questi fenomeni.

Le sfide e le opportunità legate ai sistemi medici e all'accesso alla sanità all'interno del campo di Bidibidi, si sono dimostrate un crocevia complesso e pieno di sfaccettature umane, storiche e politiche che questa tesi non ha la presunzione di raccontare nella sua completezza. Al contempo, si propone di contribuire alla riflessione teorica e pratica nel campo della salute pubblica e globale, offrendo spunti di discussione e prospettive innovative per l'elaborazione di politiche e interventi mirati a migliorare la salute e il benessere dei rifugiati e delle comunità ospitanti, analizzando il percorso e le voci di quanti vivono nel contesto del *settlement* e ne affrontano quotidianamente le sfide.

Notevole importanza sarà data all'analisi dei dati empirici raccolti durante l'esperienza di ricerca sul campo, nonché alle fonti di ricerca accademiche e alle testimonianze dei soggetti coinvolti. Saranno inoltre considerate le politiche e i programmi governativi, nonché il ruolo e le attività delle ONG presenti nel contesto di Bidibidi.

Attraverso questo studio auspico, nel mio piccolo, di contribuire a una maggiore comprensione dei complessi fattori che influenzano la salute dei rifugiati e delle comunità ospitanti, fornendo basi solide per futuri interventi e politiche mirate che possano affrontare le sfide specifiche legate ai contesti emergenziali dei campi profughi come Bidibidi.

Capitolo I

Conflitti, Migrazioni e Accoglienza

1.1 Il Sudan

Il Sudan era, prima della secessione del sud del Paese, il più grande Stato africano con una superficie di circa 2.5 chilometri quadrati e confinava a nord con l'Egitto e la Libia, a est con Etiopia ed Eritrea, a sud con il Kenya e l'Uganda, a ovest con la Repubblica Democratica del Congo, la Repubblica Centrafricana e il Chad.

Geograficamente può essere diviso in due zone climatiche: un nord arido e semidesertico e un sud ricco di risorse idriche; rappresentate in particolare dalle ampie zone paludose del *Sudd* in cui il Nilo si allarga prima di riprendere la sua forma fluviale.

Il fiume Nilo, divide il Sudan in due metà e da sempre ne influenza storia e vicissitudini politiche ed economiche. Intorno a questa indispensabile fonte d'acqua e di vita nascono infatti le prime forme statuali del Paese. E il controllo delle sue acque ha dato forma e spinta alle imprese coloniali unendo il Paese con gli interessi Egiziani e dell'Impero Britannico. Altri corsi d'acqua anche se di minore rilevanza attraversano il Paese in senso contrario e lo collegano con i suoi vicini come il Bahr el'Arab che da occidente, al confine con il Congo, affluisce nel Nilo e il Nilo Blu che dall'Etiopia confluisce nel Nilo.

Secondo Baarsen (2000) la divisione tra un nord arido e poco ricco di risorse e un sud rigoglioso è uno dei fattori che hanno portato le due metà del Paese a sviluppi diversi. Ponendo di fatto una barriera naturale alla penetrazione araba nel

meridione. Beswick (1956) invece critica questa divisione geografica che immaginava le ampie zone paludose del sud come un ostacolo alla commistione e al contatto culturale notando che a portare ad un diverso percorso religioso e culturale siano stati piuttosto l'adesione alla tratta degli schiavi da parte dei mercanti arabi del nord e in seguito l'amministrazione del Condominium Anglo-Egiziano.

La tradizionale dicotomia tra un Nord Arabo e Mussulmano e un Sud Africano e Cristiano nasconde infatti una pluralità etnica e religiosa enorme.

Le cause del conflitto nell'area che costituisce l'odierno Sudan affondano le loro radici nel periodo coloniale e post-coloniale, nelle tensioni fra centro e periferia e tra Nord e Sud del Paese. Una frattura che fin dall'indipendenza nel 1956 si è delineata intorno a questioni 'etniche' e religiose. Nonostante il conflitto abbia radici e ripercussioni ben più complesse di un solo scontro religioso, l'elemento fideista è sempre stato presente nelle rivendicazioni di tutti gli schieramenti. Controllo delle risorse, in particolare il petrolio, pascoli, riserve idriche e questioni di carattere economico si sono intrecciate e hanno sostenuto e sostengono tuttora il conflitto.



1.2 Storia

Forme statali complesse sorgono nei territori che andranno a comporre l'odierno Sudan fin dal 700 a.C. sulle sponde del Nilo come il regno di Kush che, grazie ai rapporti commerciali e culturali con il vicino Egitto, rimase la potenza egemone fino a quando queste connessioni vennero ad indebolirsi. Intorno al sesto secolo nacquero tre nuove entità statali. I regni medievali di Nobadia, Makuria e Alwa. Questi regni furono oggetto del proselitismo cristiano Bizantino.

La conquista Araba dell'Egitto nel 639 d.C. portò a un nuovo cambio di paradigma religioso ed economico. Il contatto con il mondo islamico crea una commistione pacifica di religioni mediata principalmente dal commercio che i mercanti arabi instaurarono nella zona. Solo durante il periodo delle crociate, probabilmente per disegno dello stesso Ṣalāḥ al-Dīn, il mondo arabo comincia ad avere un approccio più aggressivo nei confronti dei suoi vicini meridionali.

In questo periodo nel nord del Sudan nascono compagini statuali che erano dominate da élite arabizzate e musulmane; il più importante tra questi fu il Sultanato di Funj.

L'ingresso nell'area d'influenza araba prima ed ottomana poi ampliò le reti commerciali e soprattutto inserì *bilād al-sūdān*, la terra dei 'neri' secondo i geografi arabi medievali, nel più ampio circuito della tratta degli schiavi. I regni arabizzati del nord presero parte in questo commercio spesso a scapito delle popolazioni africane del sud del Paese.

1.2.1 Dalla Colonia all'Indipendenza (1821-1956)

Nel 1821 l'arrivo di forze Turco-Egiziane pose fine al sultanato di Funj e il Sudan divenne parte dell'Egitto Ottomano.

Sotto l'occupazione Egiziana nacquero due importanti movimenti religiosi: la *Khatmiyya* e la *Mahdiyya*, il movimento religioso di radice mussulmana sorto nel nord del Paese. Fondato da Muhammad Ahmad, il *Mahdi*, questo movimento religioso mirava ad una rivisitazione purista dell'Islam e riuscì a creare intorno a questa visione un movimento di aspirazione nazionalista che assunse forma insurrezionale nel 1881¹ e che nel 1885 riuscì a rovesciare le forze occupanti fondando uno Stato islamico basato sulla Sharia (James 2011).

Lo Stato Mahadista cadde poi nel 1898 quando gli interessi britannici portarono un consorzio anglo-egiziano ad occupare la regione instaurando il dominio egiziano, ma di fatto creando una colonia inglese (Willis, Egemi, Winter 2011).

Il governo del *Condominium* britannico non riuscì però da subito ad esercitare un controllo della regione e dovette affrontare numerose ribellioni, alcune legate al movimento mahdista nel nord e nel particolare nel sud del Paese con le rivolte Dinka (1919-1920) e Nuer (1927-28), entrambe represses con estrema violenza.

L'amministrazione coloniale non fece che accentuare e sfruttare le divisioni etnico-religiose tramite l'utilizzo della repressione militare e di strategie di divisione e cooptazione (Mamdani 2009). Negli anni Trenta la *Southern policy* che divideva nord e sud in due unità amministrative indipendenti accentuò ulteriormente le divisioni tra le due parti del Paese.

Il nord fu lasciato libero di mantenere le proprie usanze e credenze religiose

¹ L'anno successivo la Rivoluzione Urabi portò all'invasione inglese dell'Egitto.

nonostante la forte avversione dell'amministrazione coloniale per il movimento mahdista mentre nel sud fu promosso lo sviluppo del Cristianesimo. Questa divisione nell'amministrazione religiosa fu dettata in parte dallo spirito evangelista della colonizzazione ma fu anche esito delle rivolte. I sollevamenti che la colonia aveva dovuto affrontare tra i Nuer infatti avevano avuto come capi spirituali e politici delle figure profetiche che affondavano le loro radici nella religione e nelle culture locali.

Per la Colonia non fu sempre facile individuare figure di capi locali da cooptare nel sistema di *indirect rule*. Questo li portò in molti casi a creare strutture amministrative e di leadership del tutto nuove (Leonardi, Jalil 2011).

In particolare, dopo il 1922, con l'indipendenza dell'Egitto, l'amministrazione britannica che aveva espulso tutti i funzionari egiziani dal Sudan cominciò a cooptare le élite arabizzate del nord e in funzione anti-egiziana diede alle più importanti famiglie del nord accesso e controllo delle risorse e le inserì nel sistema di educazione superiore. Questo creò uno strato politico 'educato' appartenente quasi esclusivamente al nord del Paese e ampliò così il divario nei sistemi infrastrutturali di distribuzione della ricchezza e nell'accesso alle risorse tra Nord e Sud.

Lo sconvolgimento e l'indebolimento del sistema coloniale causato dalla Seconda Guerra Mondiale portò alla nascita di gruppi politici a carattere nazionalista nel nord durante il decennio 1930-40, tra cui quello della *Mahaddya*. Secondo Ayers (2010) tuttavia queste forze politiche non furono in grado di creare una mobilitazione nazionale per l'indipendenza a causa delle complesse vicende internazionali che portarono la Gran Bretagna a garantire nel 1953 un'autonomia politica e poi l'indipendenza in tempi brevi per fermare le ambizioni della corona egiziana nell'area. Interlocutori principali della Gran Bretagna furono anche in

questo caso le élite politiche espressione delle scuole del nord e di un nazionalismo arabo che guardava al sud come terra di evangelizzazione. I governi che si susseguirono in questo periodo furono indeboliti dalle lotte interne ai diversi movimenti religiosi e dalla tendenza a favorire il centro-nord del Paese di cui erano espressione. Il sistema di autogoverno istituito nel 1953 veniva definito come una *costituzione temporanea*: si presumeva che in seguito sarebbe stata redatta una costituzione permanente, una volta risolta la questione del rapporto con l'Egitto. Tuttavia, dopo la decisione di dichiarare l'indipendenza, i successivi governi civili eletti in Sudan non riuscirono a concordare su una nuova costituzione.

Con l'avvicinarsi dell'indipendenza il sud del Paese, restio a farsi guidare dalle élite politiche del nord e sentendosi in gran parte escluso dalle nuove forme politiche cominciò ad entrare in fermento. Nel 1955, un anno prima dell'effettiva indipendenza, la guarnigione di Torit prese le armi rifiutandosi di essere trasferita nel nord. Repressa nel sangue questa sollevazione fu una delle prime avvisaglie di quello che sarebbe successo da lì a pochi anni².

1.2.2 Dall'Indipendenza ad Adis Abeba (1955-1972)

La fragilità dei primi governi democratici portò al potere nel 1958 il generale Ibrahim Abboud. Il governo militare fu molto intransigente con le opposizioni, soprattutto nel sud del Paese spingendo molti dei suoi rappresentanti all'esilio. Proprio tra gli esiliati nacque il gruppo armato *Anyanya* o *Anyanya*. La prima Guerra Civile Sudanese ebbe così inizio e durò per dieci anni fino agli Accordi di Adis Abeba nel 1972 e secondo Hutchinson (1996) causò tra i cinquecentomila e il

² Jhonson (2011) fa notare come in realtà quello che è successo a Torit fu frutto di una cospirazione militare che non aveva carattere di emancipazione politica.

milione di morti. *Anyanya* e il suo braccio politico il SANU nonostante vengano spesso dipinti come unitari e rappresentativi della totalità del sud del Paese, furono parziali di numerose divisioni interne e scontri (Rolandsen 2019). Protagonisti furono il giurista Abel Alier e l'ex-militare Joseph Lagu che prese la guida del movimento in seguito ad un colpo di mano e che fu firmatario degli accordi del 1972.

Il 1969 vide, a seguito di un colpo di Stato militare, la salita al potere di Ja'far al-Nimeyri segnando anche una scelta di schieramento in quelli che erano gli equilibri della guerra fredda e del Blocco Arabo (Johnson 2011): Israele dette appoggio alle forze meridionali tramite l'Uganda di Idi Amin e l'Etiopia (Baarsen 2000) e il nord ebbe l'appoggio di Paesi arabi come l'Egitto, la Libia e l'Arabia Saudita³.

Indebolito da un tentato colpo di Stato comunista nel 1971 Nimeyri cercò di intavolare trattative di pace con Lagu che nel frattempo aveva preso la guida di *Anyanya* rinominandolo *Southern Sudanese Liberation Movement*. Nimeyri cercava nel sud del Paese alleati al suo governo contro la crescente opposizione mussulmana nel nord.

Si giunse così nel 1972 agli accordi di Adis Abeba. Gli accordi si inserivano in un progetto di pacificazione mirato allo sviluppo del Paese e alla necessità di attirare fondi internazionali e avevano come fulcro l'indipendenza amministrativa del Sud. Tuttavia, a causa dell'instabilità del proprio governo Nimeyri dovette scendere a compromessi con le forze dei Fratelli Mussulmani fortemente avversi all'indipendenza del Sud e fautori di un'opera missionaria verso la parte cristiana del Paese. La situazione già esacerbata dall'annessione di territori petroliferi al

³ «Gli Arabi ci trattavano così male che ci siamo uniti alla ribellione, ma noi non si aveva armi. Combatteamo con archi e frecce. Molti venivano in Uganda a prendere le armi.»
Intervista N. del 25/07/2022, Bidibidi.

nord e da un piano per l'utilizzo delle risorse idriche del sud esplose nuovamente nella violenza quando nel 1983 il governo di Nimeyri reintrodusse la Sharia⁴.

1.2.3 La Seconda Guerra Civile (1983-2005)

Nuovamente lo scontro iniziò con l'ammutinamento delle guarnigioni meridionali composte maggiormente da Dinka. John Garang de Mabior colonnello dell'esercito mandato a placare una di queste insurrezioni si unì alla rivolta e fondò il *Southern People's Liberation Movement/Army* (SPLM/A) che crebbe fino ad accogliere la maggioranza delle forze ribelli. Già negli anni precedenti forze dell'esercito guidate dagli ex membri dell'*Anyanya* si erano ribellate e avevano rifondato il gruppo (*Anyanya II*) riallacciando i rapporti con gli esiliati in Etiopia. Il gruppo convogliò poi nel SPLA ma questo creò fin da subito attriti fra la vecchia guardia e i nuovi leader: John Garang, Kerubino Kuanyin Bol e Salva Kiir Mayardit. Gli ex *Anyanya* portavano avanti una visione di un Sud Sudan indipendente mentre l'SPLA si faceva portavoce di una ristrutturazione radicale dell'intero Sudan di matrice laica e a-confessionale. Lo scontro tra SPLA e *Anyanya II* si trasformò presto in uno scontro tra la componente Dinka del primo e quella Nuer del secondo. Ad approfittarne fu il governo centrale che assoldò parti di *Anyanya* nella lotta contro l'SPLA (Tounsel 2016; Johnson 2011).

Nel 1986 alla caduta del governo Nimeyri salì al potere Sadiq al-Mahd appoggiato dai Fratelli Mussulmani e la guerra ebbe un'ulteriore recrudescenza.

⁴ Nonostante in un primo momento l'SPLA non fosse dichiaratamente di ispirazione cristiana per via dell'appoggio che riceveva dai Paesi socialisti, sempre più dopo la frattura con il blocco sovietico il movimento si avvicinò alle radici cristiane del Paese e fece della fede cristiana uno dei suoi temi principali nella lotta contro il Nord (Tounsel 2016).

Poiché il governo stava fallendo nell'arginare le forze ribelli cominciò ad armare e a impiegare gruppi etnici islamizzati e avversi all'SPLA iniziando un ciclo di violenza interetnica i cui esiti avranno ripercussioni durature (Baarsen 2000). Le speranze di nuove negoziazioni di pace furono sventate dal colpo di Stato che portò al potere il generale Omar Hassan Ahmad al-Bashir nel 1989.

Nel 1991, dopo aver cacciato l'esercito nazionale dalla maggior parte del Sud, l'SPLA si frazionò in numerosi tronconi di cui i principali erano: l'SPLA-Nasir che aveva il controllo di gran parte delle campagne dell'Upper Nile guidato dal Nuer Rieck Machar e l'SPLA-Torit/Mainstream rimasto sotto la guida del Dinka John Garang che controllava la maggior parte delle regioni di Equatoria e Bahr-el-Ghazal.

Nel 1994 Machar in difficoltà per le numerose defezioni e per la complessità di trovare supporto politico e logistico si rivolse al governo di Khartoum al fine di ottenere armi e munizioni e per continuare la sua lotta contro Garang entrando di fatto a far parte delle forze militari statali (Young 2003). Alcuni degli effetti principali di questa divisione furono che il Governo Centrale poté riprendere il controllo di zone estrattive nell'Upper Nile e che entrambi gli schieramenti cominciarono ad armare le popolazioni civili e utilizzare narrazioni etniche che riprendevano precedenti tensioni portandole su livelli di violenza senza precedenti (Jok e Hutchinson 1999).

Nel 2002 cominciarono gli incontri per arrivare ad una soluzione pacifica del conflitto sotto l'egida dell'*Inter-Governmental Authority on Development* (IGAD). I punti principali da raggiungere vertevano intorno alla sospensione della sharia nel sud e alla definizione di una data per un referendum che decidesse sull'indipendenza della parte meridionale del Paese. Altro punto focale era la definizione dei confini tra le due nuove entità statali, punto che comportava anche l'assegnazione dei territori petroliferi e la divisione dei derivanti profitti.

Infine, si giunse nel 2005 a Nairobi alla firma dei *Sudan Comprehensive Peace Agreement* che stabilivano l'elezione di un'assemblea autonoma del sud che avrebbe governato per sei anni in autonomia parlamentare e che avrebbe poi guidato il Sud verso il referendum sull'indipendenza.

1.3 Sud Sudan: uno 'Stato fallito in partenza'



Prima della secessione del Sud Sudan nel 2011, alcuni analisti avevano già descritto il Paese come un *'pre-failed state'* che probabilmente sarebbe imploso dopo l'indipendenza. Tra i motivi principali dietro queste previsioni c'era la

mancanza del controllo del territorio da parte del nascente Stato, l'assenza di infrastrutture legali e di polizia e la mancanza di un'identità nazionale (Jok 2013).

Secondo Patey (2010) il periodo che ha seguito i *Comprehensive Peace Agreement* non fu sfruttato per costruire una vera unità del Paese e inoltre non si riuscì a intervenire sul cronico sottosviluppo, anche perché gran parte dei fondi internazionali erano in quel tempo indirizzati verso il Darfur dove dal 2003 imperversava la guerra civile. I proventi dell'estrazione petrolifera vennero fagocitati dal nascente apparato burocratico e dai signori della guerra per sostenere i costi delle proprie milizie (de Waal 2014; Patey 2010).

Altro problema che veniva ravvisato erano le fratture etniche e politiche che poi si sono riaperte a conflitto iniziato nel 2013. Tutti gli attori chiave del conflitto, come Salva Kiir (un Dinka) e il vicepresidente Riek Machar (un Nuer), hanno infatti usato l'etnia per promuovere i loro obiettivi politici (Rolandsen 2015) e per mobilitare il supporto civile (de Waal 2014). Le fazioni rivali dell'SPLM entrarono nuovamente in contrasto per acquisire potere politico utilizzando l'emarginazione etnica all'interno del partito e dello Stato stesso. Il fatto che il governo fosse a guida unica dell'SPLA/M e che le strutture dello Stato si organizzassero principalmente intorno a reti personali dei membri del partito e che intorno a queste reti si organizzassero sia le forze armate che le milizie personali ha reso questa crisi interna un grave elemento di instabilità.

Altro elemento destabilizzante è stato svolto da attori esterni in particolare l'Uganda che ha schierato le proprie forze armate pochi giorni dopo l'inizio del conflitto intervenendo formalmente per aiutare il governo Kiir contro le forze di opposizione controllate da Machar (Ylonen 2014).

1.3.1 Kiir e Machar

Venuta a mancare la figura guida di Garang morto in un incidente in elicottero nel 2005, poco dopo gli accordi di pace, fu scelto come capo dell'SPLA/M uno dei suoi comandanti: Salva Kiir. Quando Kiir divenne presidente del giovanissimo Stato del Sud Sudan venne scelto come vicepresidente Machar che si pensava fosse in grado di portare la fazione Nuer nel governo e ricomporre le tensioni con quella rappresentante i Dinka.

Le tensioni tra i due cominciarono ad emergere in previsione delle elezioni politiche del 2015. Nel mezzo di una crisi economica dovuta alla mancata entrata delle rendite petrolifere dovute a scontri di confine con il Sudan, Kiir accusò Machar di essere coinvolto in uno scandalo economico e cercò prima di limitare i poteri del vicepresidente e poi di destituirlo utilizzando come pretesto un presunto tentativo di colpo di Stato.

Gli eventi che portarono allo scoppio del conflitto il 15 dicembre 2013 sono poco chiari. Kiir cercò di far disarmare gli elementi Nuer della Guardia Presidenziale e di far arrestare i membri dell'opposizione. Questo diede inizio a scontri armati nella capitale, ma Machar riuscì a fuggire e diede vita a un fronte di opposizione militare, segnando l'inizio del conflitto civile. La guerra tra le due fazioni ha infuriato per anni con alterne vicende, solo nel 2018 sotto la pressione internazionale si è giunti ad un accordo di pace sotto l'egida dell'IGAD e nel 2020 alla creazione di un governo congiunto a guida Kiir.

1.3.2 Equatoria

L'Equatoria, luogo di nascita del movimento per l'indipendenza del Sudan meridionale, ha svolto un ruolo fondamentale nell'ascesa a Nazione del Sud Sudan. Eppure, le élite equatoriane si sono sentite a lungo marginali all'interno del Movimento di liberazione del popolo sudanese (SPLM) che si è formato nel 1983 in opposizione al governo di Khartoum ed è attualmente il partito al potere nel Sud Sudan. Molte persone dell'Equatoria vedono il SPLM come una forza Dinka di occupazione che ha continuato a concentrare il potere nelle mani dei Dinka anche dopo la liberazione (International Crisis Group 2021).

Proteste contro l'egemonia Dinka erano già nate dopo gli accordi di Adis Abeba nel 1972 con gli equatoriani che chiedevano una maggior indipendenza e partecipazione e lamentavano la predominanza dell'etnia dominante nella capitale Juba che sorge proprio nella regione del Central Equatoria. Lagu all'epoca propose un percorso di decentralizzazione che avrebbe visto una maggior autonomia amministrativa della provincia, ma questo progetto venne a cadere con il riprendere delle ostilità con il Nord. Lo stesso Lagu espresse accuse contro gli equatoriani accusandoli di aver minato il processo di creazione dello Stato e la sua unità.

Con la creazione dell'SPLA a opera di Garang le divisioni tra l'etnia dominante nel movimento e i gruppi dell'Equatoria si inasprirono ulteriormente: nonostante le regioni meridionali aderirono di fatto alla lotta contro il nord, le violenze perpetrate dalle milizie e l'arruolamento forzato esacerbarono il risentimento locale verso i Dinka e portarono alcuni gruppi ad entrare nelle forze governative contro lo stesso SPLA.

Il sentimento di esclusione e mancata rappresentazione si presentò nuovamente dopo l'indipendenza del Sud. Infatti, tra gli anni Ottanta e Novanta

del secolo scorso molti Dinka si erano spostati nelle zone dell'Equatoria sotto controllo dell'SPLA e questo aveva creato un grave problema di accesso e distribuzione della terra, rafforzato dal fatto che numerose fasce della popolazione avevano riparato negli Stati vicini, soprattutto l'Uganda, e al loro ritorno avevano trovato le loro terre occupate dai nuovi venuti e dalle loro mandrie⁵.

Le rivendicazioni dell'Equatoria nuovamente tornarono ad orientarsi verso una federalizzazione delle tre regioni e verso la richiesta di maggiore autonomia politica e amministrativa.

Quando gli scontri scoppiarono nel 2013 tra le fazioni di Kiir e Machar inizialmente l'Equatoria rimase marginale al conflitto senza apparentemente schierarsi. La decisione unilaterale del Presidente Kiir di escludere i governatori delle tre provincie dalle trattative per la pace, che molti vedevano come una possibilità di portare avanti le negoziazioni per un'amministrazione federale, spinse però infine gli equatoriani verso il campo di Machar. L'ex vicepresidente colse l'opportunità di coinvolgere gli ultimi arrivati contro le forze presidenziali e nominò il politico di etnia Bari, Alfred Ladu Gore come suo secondo e si fece portavoce delle istanze di federalismo. Gruppi di milizie in Western e Central Equatoria, guidati rispettivamente dal militare Wesley Welebe e dal poliziotto John Kenyi Loburon, cominciarono contemporaneamente a organizzare spedizioni di razzia contro le popolazioni Dinka per poi confluire anch'essi nella fazione di Machar.

Quando nel 2015 Kiir e Machar giunsero ad un compromesso e ad intavolare trattative di pace, le promesse di emancipazione e federalismo rimasero inattese e anzi il Presidente ordinò l'arresto dei governatori delle due regioni coinvolte negli

⁵ Kiir ha emesso ordini esecutivi nel 2015 e di nuovo nel 2017 affinché i pastori tornassero con il loro bestiame nei loro stati di origine. Nell'aprile 2020, l'Equatoria caucus ha esortato Kiir a far rispettare gli ordini.

attacchi delle milizie. Quando Machar si riunì al governo le sue forze vennero integrate nelle forze armate nazionali, gli Equatoriani che da lungo tempo chiedevano una maggiore partecipazione nell'esercito cominciarono un arruolamento di massa convinti che anch'essi in quanto sostenitori di Machar avrebbero goduto dell'inserimento nelle forze governative.

Il Presidente Kiir tuttavia si rifiutò di far accedere queste nuove forze all'esercito e inviò milizie Dinka a reprimere quella che vedeva come una minaccia armata. Gli scontri ebbero così nuovamente inizio costringendo Machar a fuggire da Juba, riunirsi alle forze miliziane equatoriane e a fuggire in Congo. L'Equatoria divenne così il principale teatro nella guerra civile del Sud Sudan, con le neocostituite forze di Machar che entrarono in aperto conflitto con quelle di Kiir. La regione fu teatro di violenze etniche, poiché le forze alleate a Machar prendevano di mira i Dinka e le reclute Dinka alleate a Kiir compivano razzie fino ai confini con la Repubblica Democratica del Congo e l'Uganda, costringendo decine di migliaia di civili a fuggire (International Crisis Group 2021).

1.3.3 Cirillo

Thomas Cirillo, generale dell'esercito Sud Sudanese di origine Bari, nel 2017 si dimise dall'esercito, accusando l'amministrazione Kiir di pulizia etnica tra le file delle forze armate e della tribalizzazione Dinka delle stesse. Cirillo formò il movimento armato del *National Salvation Front* raccogliendo gli scontenti e i fuoriusciti dalle truppe di Machar che all'epoca si trovava in Sud Africa. A lui si unirono anche le forze di Kenyi Loburon (*Pojulu*), Simon Ayume (*Kakwa*) e Suba Manasseh (*Bari*) accrescendo i numeri del movimento e dandogli solide basi in Western e Central Equatoria creando però di fatto un'ulteriore frammentazione tra forze in gioco e aumentando gli scontri tra fazioni.

Nonostante Cirillo fosse ormai una figura di primo piano ed espressione delle milizie equatoriane fu emarginato nelle trattative di pace quando queste ripresero e si rifiutò di accettare gli accordi del 2018 continuando la lotta armata. Cirillo continua ad argomentare che il governo non faccia abbastanza per garantire una spartizione del potere e una forma di autonomia alle regioni dell'Equatoria e chiede che venga indetto un referendum per dirimere la questione, dall'altro lato il governo Kiir si oppone al referendum. Altro elemento di freno alle trattative è stata l'epidemia di Covid-19 che ha portato ad uno stop del processo. Ad inizio 2021 alcuni passi avanti sono stati fatti per arrivare ad un cessate il fuoco ma in molte zone dell'Equatoria gli scontri si riaccendono a più riprese.

1.4 Il ruolo dell'Uganda

Il ruolo dell'Uganda nelle vicende politiche del Sudan cominciò ad avere un peso considerevole quando Idi Amin Dada, prima come membro dell'esercito e poi nel 1971 dopo la destituzione di Milton Obote come Presidente, diede appoggio attivo ai combattenti dell'*Anyanya* che lottavano contro il governo di Khartoum. Il rapporto di Amin con lo Stato di Israele lo rese un tramite privilegiato per gli aiuti economici e militari che Israele forniva in quegli anni ai ribelli del Sudan del Sud in funzione anti-araba. Questo spinse il Governo centrale sudanese ad appoggiare Obote offrendogli asilo e appoggio nel sud del Paese.

In seguito, Amin cambiò schieramento entrando nel campo arabo progressista e rinnegando il gruppo *Anyanya*, ottenendo in cambio la cacciata di Obote dal Sudan. I rapporti tra il Presidente e i gruppi di guerriglieri non cessarono del tutto e dopo gli accordi di Adis Abeba del 1972, Amin reclutò molti di essi nel suo esercito (Jok 2011). Dopo che Amin fu estromesso nel 1979, questi gruppi si

ritirarono in Sudan, che divenne quindi una base per i gruppi antigovernativi ugandesi.

La provincia ugandese del West Nile, al confine con il Sudan, divenne alla fine degli anni Ottanta campo di operazione per gruppi armati, vicini al *National Resistance Army* di Yoweri Museveni, appoggiati dal governo sudanese. Quando nel 1986 Museveni prese Kampala, le forze governative sconfitte della Commissione Militare si rifugiarono a loro volta in Sud Sudan accolti dal governo di Khartoum, che temeva che l'Uganda potesse diventare nuovamente un centro di appoggio per le forze ribelli sudanesi vista la conoscenza personale di Museveni e Garang. Khartoum fornì quindi aiuti e supporto a Okello, leader della Commissione Militare, per riprendere la lotta armata. Ma negli stessi anni emerse nel nord dell'Uganda il fenomeno religioso/militare dell'*Holy Spirit Mobile Battalion* di Alice Lakwena. Alice Lakwena era una *ajwaka* (una profetessa Acholi) che predicò la rigenerazione morale dell'Uganda attraverso il suo culto millenario (Behrend 2000). L'*Holy Spirit* fagocitò le forze degli Okello che si unirono al movimento.

Eredi di Lakwena sono Joseph Kony, nipote della profetessa, e il *Lord Resistance Army* che creò sulle spoglie del precedente movimento mobilitando le popolazioni del Nord dell'Uganda in funzione antigovernativa. A partire dal 1993, Kony ha ricevuto il pieno sostegno del governo sudanese, che pensò di utilizzarlo contro Museveni e per rompere i contatti dell'SPLA in Uganda. Entro la fine degli anni Novanta l'intensità dei combattimenti aveva prodotto quasi due milioni di profughi interni (IDPs) e spinto molti altri a rifugiarsi in Sudan. Alcuni di quelli che adesso scappavano dall'Uganda erano popolazioni che si erano spostate da questa parte del confine per sfuggire al conflitto in Sudan.

Dopo i *Comprehensive Peace Agreement* (CPA) del 2005, di cui l'Uganda è stato uno dei promotori principali, il governo centrale sudanese ha formalmente dichiarato di aver cessato qualsiasi aiuto alle forze di Kony. L'Uganda ha

beneficiario economicamente del CPA. Il Sud Sudan, che è ricco di petrolio ma non industrializzato, importa molti beni dall'Uganda e impiega anche molti lavoratori qualificati ugandesi (Jok 2011).

1.5 Accoglienza

Il termine 'rifugiato' risulta di per sé ambiguo. La definizione più comune rimane quella espressa nella Refugee Convention del 1951 (UNHCR), pensata inizialmente per gestire il flusso di persone causato dagli eventi della Seconda Guerra Mondiale. La Convenzione applica la definizione di rifugiato solo a chi, a causa di un fondato timore di persecuzione per motivi di razza; religione; nazionalità; appartenenza a un determinato gruppo sociale o opinione politica, si trovi fuori del Paese di cui è cittadino e non possa o non voglia avvalersi della protezione di quel Paese. L'*Organisation of African Unity Convention Governing the Specific Aspects of Refugee Problems* in Africa del 1969 invece ha voluto identificare come rifugiati tutti coloro che fuggono da:

«aggressione esterna, occupazione, dominazione straniera o eventi che disturbano gravemente l'ordine pubblico in parte o in tutto il Paese di origine o di cui sono cittadini» (OAU 1969).⁶

La gestione dei flussi migratori è solitamente gestita dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) in collaborazione con i Paesi ospitanti, con un approccio che tende a privilegiare l'accomodamento in centri di transito e in campi. Nonostante sia da UNHCR che dallo Stato dell'Uganda venga sottolineato come l'obbiettivo sia quello di rendere autonomi e auspicabilmente

⁶ Trad. mia.

self-settled i rifugiati in un'ottica di integrazione (UNHCR 2016), lo strumento principale rimane quello dei campi e il fine quello dell'eventuale rimpatrio delle persone in essi ospitati (Kaiser 2006). In Uganda i rifugiati e i campi in cui molti di essi sono ospitati rientrano sotto la guida congiunta di UNHCR e dell'Office of Prime Minister for Refugees, che li gestiscono appoggiandosi anche ad una rete di partner e ONG internazionali e locali.

La situazione interna relativamente stabile dell'Uganda, insieme a una politica progressista nell'accoglienza dei rifugiati e a un modello di ospitalità tradizionalmente aperto, ha reso il Paese un hub che ha attratto quasi 1,4 milioni di persone. Oggi, sebbene la maggior parte provenga dal vicino Sud Sudan, ci sono rifugiati da molti altri Paesi, tra cui Somalia, Eritrea, Etiopia, Pakistan, Ciad, Repubblica Centrafricana, Burundi, Ruanda e Repubblica Democratica del Congo (Kagabol et al., 2018).

Da un punto di vista antropologico e storico, questa mobilità estrema non è nuova. Per ragioni economiche o politiche, questi gruppi da secoli portano avanti uno stile di vita caratterizzato dalla mobilità e un'idea aperta di società (Shack, Skinner, 1979).

Secondo Rutinwa (2002), in un primo periodo dopo l'indipendenza le politiche sui rifugiati in Africa erano caratterizzate da una politica di forte apertura che trovava le proprie motivazioni nello spirito anticoloniale e panafricano. Ma fin da subito sono intervenute valutazioni di ordine geopolitico e ad influenzare le politiche di movimento interno hanno contribuito le alleanze e gli attriti che di volta in volta sorgevano. Dagli anni Novanta queste politiche cambiano inseguendo due obiettivi principali: da un lato la possibilità di accedere a fondi internazionali, come quello della Banca Mondiale, lancia il via alla creazione di zone di accoglienza che possano servire da *hub* di sviluppo; dall'altro alcuni Stati vedono nelle politiche di accoglienza l'opportunità di migliorare la propria

immagine internazionale (Simone 2020).

A partire dal 1955, prima dell'indipendenza, l'approccio ai rifugiati in Uganda era organizzato intorno alla necessità di controllo piuttosto che a garantirne protezione: il *Control of Alien Refugees Act* del 1960 (CARA) cercava di implementare degli strumenti di controllo, stabilendo che chi giungeva nel Paese doveva essere ricollocato in aree ben precise e sottoposto a rigidi controlli sul movimento personale. Agier (2008) nota come questa necessità di controllo sia insorta fin dai primi momenti dopo la Convenzione del 1951 nonostante le premesse di ordine umanitario e come quindi l'Uganda si inserisse da subito nelle più ampie dinamiche che coinvolgevano l'approccio all'accoglienza. In seguito, nel 1987, l'Uganda ha ratificato la Convenzione dell'OUA sui rifugiati del 1969, mitigando così alcune delle disposizioni stabilite nel CARA, come le rigide restrizioni alla libertà di movimento dei rifugiati.

Nel 1995 la Costituzione dell'Uganda, ai sensi del Capitolo 4, cominciò a prevedere un'ampia gamma di diritti a disposizione dei rifugiati, equiparandone di fatto lo stato giuridico a quello dei propri cittadini ad eccezione dei diritti politici. I rifugiati hanno infatti la libertà di aderire ad associazioni civili ma non politiche, godono della libertà di movimento, diritto alla famiglia, diritto alla proprietà e libertà di religione.

Le politiche dell'Uganda riguardo ai rifugiati sono state ampiamente lodate e descritte come un modello da emulare. Tuttavia, raramente queste politiche sono state esaminate nel loro contesto storico e politico. Nonostante vengano spesso presentate come innovative, c'è in realtà una significativa continuità nelle politiche ugandesi per i rifugiati fin dall'indipendenza nel 1962.

Lo stesso colonialismo britannico gettò le basi di questo modello ospitando i rifugiati polacchi durante la Seconda Guerra Mondiale e promuovendo insediamenti rurali per i Tutsi ruandesi, questo portò presto al riconoscimento

internazionale e aiuti allo sviluppo per ‘ricompensare’ l'Uganda. Anche Idi Amin, nonostante le politiche persecutorie nei confronti di chi riveniva dal sud-est asiatico, adottò politiche per i rifugiati più sfumate. Museveni, infine, ha più volte utilizzato strategicamente la presenza di rifugiati, presentando periodicamente le politiche come innovative per attirare fondi internazionali (Betts 2021).

Nel 1999, l'UNHCR e il governo ugandese hanno cominciato ad implementare la *Self-Reliance Strategy* (SRS) per i rifugiati (Meyer, 2006). Questa politica era stata concepito specificamente per i rifugiati sudanesi che vivono nei distretti di Arua, Adjumani e Moyo al fine di integrare i servizi forniti ai rifugiati nelle strutture e politiche governative (Dryden-Peterson, Hovil 2004).

Con la SRS si mirava a trasformare i rifugiati da soggetti passivi bisognosi di aiuto umanitario in agenti attivi di sviluppo per il Paese ospitante, al fine di favorire sia i rifugiati che le comunità ospitanti. In Uganda, i tentativi di conciliare l'impasse tra accoglienza dei rifugiati, sia *self-settled* che quelli ospitati nei *settlements* e la necessità di promuovere l'autosufficienza degli stessi si sono espressi attraverso il linguaggio dello sviluppo, della decentralizzazione e dell'integrazione dei servizi per i rifugiati nella fornitura di servizi a livello distrettuale e nelle strategie nazionali di riduzione della povertà (Kaiser 2006). Betts (2021) mostra come il modello di accoglienza ugandese si fosse bastato su forme di *self-reliance*, fin dai suoi albori e come questo rispondesse sia a logiche esterne che alla necessità di attirare fondi e aiuti internazionali. Durante tutta la storia del Paese l'ingresso di rifugiati a cui veniva concesso un appezzamento di terra per rendersi autosufficienti ha infatti coinciso con interessi politici nelle lunghe tensioni tra centro e periferia. E ha svolto un ruolo essenziale nelle dinamiche di rafforzamento o controllo di distretti come quello del West Nile, permettendo nel contempo di creare l'immagine di uno Stato virtuoso in grado di accogliere e creare sviluppo.

L'idea di cercare di rendere i rifugiati autosufficienti almeno dal punto di vista alimentare non era nuova. Già dagli anni Ottanta si era cominciato a fornire a chi entrava nel Paese un appezzamento di terra da poter coltivare, ma con la SRS si è cercato di fare uno sforzo più ampio per integrare i gruppi di rifugiati accolti. In teoria, l'SRS ha cercato di integrare i servizi forniti ai rifugiati nelle strutture di servizio pubblico esistenti e di rendere gli insediamenti di rifugiati autosufficienti, assegnando terreni ai rifugiati e consentendo loro il libero accesso ai servizi sanitari e educativi del governo (Self-Reliance Strategy 1999-2003). I programmi di insediamento per i rifugiati hanno preso il via nel 1992, nel nord dell'Uganda, con l'assegnazione di appezzamenti di terra a scopo agricolo in ampie zone isolate. L'obiettivo principale di questi insediamenti, in teoria, era fornire un'alternativa permanente con lo scopo di promuovere l'autosufficienza dei rifugiati. Sfortunatamente, la posizione di questi insediamenti, l'inadeguata quantità di terra coltivabile e l'insicurezza imperante che ha afflitto il nord dell'Uganda per decenni hanno ostacolato gli sforzi verso l'autosufficienza nella maggior parte dei casi. L'idea era quella di rendere gli *hub* di rifugiati non solo autosufficienti, e di alleggerire così il peso sull'apparato di accoglienza, ma anche di trasformarli in punti di sviluppo per le zone in cui erano posti. Tuttavia, gli anni Duemila hanno mostrato le difficoltà di attuazione di questa politica soprattutto per l'assenza di libera circolazione, garantita di fatto, ma nella pratica limitata da un apparato burocratico complicato che prevede la richiesta da parte dei rifugiati di un permesso di transito. Per lasciare l'insediamento in cui risiedono, i rifugiati devono infatti ottenere un permesso dal *Camp Commandant*, un processo che richiede tempo e i cui risultati sono incerti. Queste restrizioni sono spesso aggravate dalla mancanza di risorse per viaggiare le considerevoli distanze imposte dalla posizione dei *settlement* in zone remote e marginali.

La separazione fisica tra rifugiati e cittadini ugandesi crea un ambiente favorevole alle tensioni tra i due gruppi. I cittadini ugandesi spesso percepiscono i rifugiati come privilegiati repository degli aiuti internazionali e allo stesso tempo come

concorrenti per le scarse risorse idriche e di combustibile. Questa percezione è in parte dovuta al fatto che i distretti in cui si trovano questi insediamenti sono essi stessi sottosviluppati e marginalizzati (Dryden-Peterson, Hovil 2004).

I maggiori *settlement* inoltre, soprattutto nel nord dell'Uganda, sono stati spesso collocati in zone isolate e dallo scarso potenziale agricolo, di fatto minando le possibilità di contatto e commercio con il tessuto circostante e la stessa possibilità di autosufficienza alimentare rendendo i *settlement* quasi totalmente dipendenti dall'aiuto umanitario. Pertanto, quando la comunità internazionale ha ridotto l'importo degli aiuti, i rifugiati sono rimasti in condizioni di terribile povertà (Hovil, Werker 2001).

Nel 2003, la Self-Reliance Strategy è stata sostituita dal *Development Assistance for Refugee-Hosting Areas* (DAR) e nel 2006 è stata approvata una nuova legge che introduce nuove strutture amministrative per trattare con i rifugiati in Uganda e chiare procedure di determinazione dello status di rifugiato (RSD) (Sharpe, Namusobya, 2012).

Il *Refugee Act* (2006) stabilisce che i rifugiati (anche qui definiti secondo le linee della Convenzione del 1951 e della dichiarazione OAU del 1969) hanno diritto a:

- ricevere un valido documento di identità che ne attesti lo stato di rifugiato (a fini d'identificazione e protezione);
- avere un trattamento equo e giusto senza discriminazioni fondate su razza, religione, sesso, nazionalità, identità etnica, appartenenza a un particolare gruppo sociale o opinione politica;
- ricevere almeno lo stesso trattamento generalmente riservato agli stranieri

compreso quello di possedere e scambiare beni;

- ottenere accesso all'istruzione elementare ugualmente ai cittadini nazionali e di avere la possibilità di accesso a forme di formazione superiore e/o specializzata, con il riconoscimento dei titoli stranieri;
- esercitare l'agricoltura, l'industria, l'artigianato e il commercio e fondare società commerciali e industriali;
- avere accesso a opportunità di lavoro retribuito;
- avere gli stessi diritti dei cittadini ugandesi per quanto riguarda la pratica religiosa e l'educazione religiosa dei loro figli;
- poter partecipare ad associazioni apolitiche e senza fini di lucro;
- avere libero accesso al sistema legale e all'assistenza legale.

Quando nel 2013 è scoppiata ancora una volta la guerra in quello che ora era il nuovo Stato del Sud Sudan, una nuova ondata di arrivi ha creato un'emergenza crescente. Da allora, un milione di rifugiati è fuggito in Uganda dal solo Sud Sudan, portando la popolazione totale di rifugiati a più di 1.500.000 (UNHCR, 2023)⁷. La risposta principale a questo afflusso è stata e rimane l'insediamento in campi profughi.

Lo sviluppo della *Settlement Transformation Agenda* (STA) nel 2015, allegata al *National Development Plan II*, mira a raggiungere l'autosufficienza e portare lo sviluppo sociale nelle aree di accoglienza dei rifugiati. Il *Refugee and Host Population Empowerment* (ReHoPE), una strategia congiunta delle Nazioni Unite e della Banca Mondiale, è stato sviluppato per sostenere l'STA, in termini di

⁷ Dati esposti sul *Operational Data Portal* di UNHCR (<https://data2.unhcr.org/en/country/uga>)

esigenze di mezzi di sussistenza sostenibili, infrastrutture e integrazione dei servizi sociali sia dei rifugiati che delle comunità ospitanti. La STA ha avviato un approccio più completo rivolto sia ai rifugiati che alla comunità ospitante in linea con il *Comprehensive Refugee Response Framework* (CRRF) mirando ad integrare i servizi offerti ai rifugiati nell'apparato statale e ha creato un punto di ingresso per il Ministero della Salute, consentendo lo sviluppo *dell'Health Sector Integrated Refugee Response Plan* (HSIRRP).

«Il Governo dell'Uganda serve da esempio modello nell'offrire asilo ai rifugiati e nell'assicurare loro l'accesso agli stessi diritti dei cittadini, compreso il diritto alla salute. In linea con il *Comprehensive Refugee Response Framework* (CRRF), adottato dal Governo dell'Uganda nel 2017, vi è la necessità di una consegna coordinata dei servizi sanitari. Questo comporta un cambiamento di paradigma da un focus principalmente umanitario allo sviluppo di servizi integrati a lungo termine» (HSIRRP 2019-24, 2017).⁸

Nel maggio 2017, gli Stati membri dell'OMS hanno deciso di sviluppare le capacità necessarie per fornire leadership sanitaria e supporto agli Stati membri e ai partner nella promozione della salute dei rifugiati e dei migranti in stretta collaborazione con l'*International Organisation for Migration* (OIM) e l'UNHCR. È in questo contesto che il Ministero della Salute ha sviluppato il *Health Sector Integrated Refugee Response Plan* per garantire un accesso equo e ben coordinato ai servizi sanitari sia per i rifugiati e che per le comunità ospitanti.

Punti principali del Piano sono quelli che vengono definiti i 6 pilastri:

- L'erogazione dei servizi;
- Risorse Umane per la Salute;
- Medicinali (e tecnologie sanitarie);

⁸ Trad. mia.

- Sistema Informativo per la Gestione della Salute;
- Finanziamento della salute;
- Leadership, coordinamento, gestione e governance.

Conflitti e migrazioni, violenze e cambiamenti nelle condizioni socio-economiche e ambientali delle persone aumentano la vulnerabilità alle malattie. L'insicurezza alimentare e degli alloggi rende i rifugiati più esposti a rischi sanitari. L'accesso ai servizi sanitari da parte delle popolazioni rifugiate è fondamentale, dato il loro numero elevato e imprevedibile che può sopraffare i sistemi sanitari pubblici. Possono anche essere soggetti a focolai di malattie causati alla congestione nelle aree di accoglienza (Kasozi et al., 2018).

L'Uganda ha cercato di assorbire i rifugiati nei sistemi sanitari nazionali a tutti i livelli, affrontando sfide nella distribuzione di questi servizi tra i rifugiati e le comunità ospitanti con il risultato di creare spesso conflitti tra i due.

L'utilizzo delle strutture sanitarie del governo per i rifugiati nei settlements, *self-settled*, i rifugiati urbani e le comunità ospitanti esercita una pressione sulle risorse sanitarie che si traduce in frequenti esaurimenti di scorte, aumento del carico di lavoro e aumento dei prezzi sia per le comunità ospitanti che per i rifugiati. Nel suo rapporto per l'Health Sector Integrated Refugee Response Plan (HSIRRP, 2018) il governo dell'Uganda dichiara che i rifugiati contribuiscono fino al 30-40% del carico di lavoro dei servizi sanitari presso l'Ospedale Regionale di Riferimento di Arua, il quale non è supportato dal programma sanitario per i rifugiati (Republic of Uganda, 2018).

Sebbene le comunità ospitanti vicine agli insediamenti di rifugiati abbiano libero accesso ai servizi sanitari in essi presenti, le comunità che vivono lontane dagli insediamenti soffrono di un accesso limitato anche se il governo ha implementato

una politica che obbliga tutte le organizzazioni che lavorano nelle aree che ospitano rifugiati a spendere almeno il 30% dei fondi per fornire beni e servizi alla comunità ospitante (Simone 2020). Parte integrante fondi vengono inoltre erogati da UNHCR per coprire sia le spese di gestione che il pagamento degli stipendi ai funzionari locali. La disparità di accesso è ulteriormente aggravata dalle grandi differenze nei servizi forniti tra i distretti ricchi e quelli poveri del Paese anche a causa delle politiche di decentramento amministrativo che impongono l'onere della gestione dei servizi ai singoli distretti.

1.5.1 Il Sistema Sanitario ugandese

L'Uganda è una Nazione dell'Africa Orientale che conta oggi una popolazione di circa 45 milioni di abitanti, in rapida crescita demografica. Il Paese ha compiuto passi importanti nello sviluppo del sistema sanitario negli ultimi decenni, ma deve tuttora far fronte a molteplici sfide per garantire servizi di cura accessibili e di qualità per tutta la popolazione.

Il sistema sanitario ugandese è organizzato secondo una struttura piramidale che segue strettamente la suddivisione amministrativa del territorio nazionale. Ai livelli più periferici operano figure e strutture di assistenza di base; salendo verso l'apice della piramide si incontrano centri e ospedali progressivamente più attrezzati e in grado di erogare cure e servizi sanitari più avanzati e specialistici (Kamwesiga 2011).

Al gradino più basso di questa piramide si collocano i villaggi rurali. In queste piccole comunità sparpagliate nelle campagne è spesso presente qualche operatore sanitario volontario, senza una formazione medica specifica, che svolge attività di educazione, promozione della salute e prevenzione primaria tra gli abitanti del

villaggio. Queste figure fanno anche da tramite e indirizzano i malati verso gli Health Center più vicini per le cure, ma non sono autorizzati a somministrare farmaci o eseguire trattamenti. Questi piccoli centri abitati possono in alcuni casi essere dotati di un dispensario che non sempre è gestito dallo Stato, ma da ordini religiosi.

Nei numerosi insediamenti che ospitano le comunità di rifugiati presenti nel Paese, i compiti di educazione sanitaria di base e di collegamento con gli Health Center sono svolti da apposite squadre di operatori selezionate tra i rifugiati stessi e appositamente formate dall'UNHCR.

Al livello successivo si trovano gli Health Center di livello II: si tratta di ambulatori e piccole cliniche diffuse capillarmente su tutto il territorio, con un bacino di utenza di qualche migliaio di persone. Queste strutture sono dotate di personale infermieristico e paramedico e forniscono servizi sanitari di primo livello e di primo contatto con la popolazione: visite ambulatoriali di medicina generale, pronto soccorso di base, servizi materno-infantili come assistenza prenatale e pediatrica, vaccinazioni, oltre ad attività di educazione alla salute. Nei *settlements*, gli Health Center di livello II rappresentano il principale punto di accesso degli abitanti ai servizi di cura, e fungono da avamposti periferici e di smistamento verso i centri sanitari di dimensioni maggiori. Il personale è composto da alcuni infermieri e da un medico generico che si sposta tra i vari ambulatori periferici sulla base delle necessità contingenti.

Salendo ancora di un gradino gerarchico si incontrano gli Health Center di livello III: queste strutture coprono aree territoriali più estese, solitamente coincidenti con i sotto-distretti sanitari in cui è suddiviso il Paese. Ogni Health Center di livello III dispone mediamente di uno staff di una ventina di operatori, tra cui medici generici, infermieri e tecnici, sotto la supervisione di un medico capo-clinica. Rispetto ai centri periferici, queste strutture dispongono di capacità diagnostiche e terapeutiche più avanzate, come servizi ambulatoriali di base per diverse specialità (odontoiatria, ginecologia, pediatria), reparti di maternità e sale parto attrezzate,

oltre a laboratori in grado di effettuare gli esami diagnostici di primo livello.

Ancora più in alto nella scala gerarchica si trovano gli ospedali distrettuali e gli Health Center di livello IV: queste strutture dispongono di posti letto per il ricovero e l'ospedalizzazione dei pazienti, oltre a fornire servizi sanitari specialistici e di chirurgia d'emergenza. Nel 2018 l'unico ospedale distrettuale nei pressi del campo profughi di Bidibidi era situato nella cittadina di Yumbe; da allora è stato inaugurato un secondo ospedale che in futuro assumerà anche il ruolo di Health Center di riferimento per l'intera regione.

Al livello superiore della piramide si collocano i Regional Referral Hospital: questi grandi centri ospedalieri dispongono di reparti per la cura delle patologie più complesse che richiedono alte competenze specialistiche e tecnologie avanzate. Offrono quindi servizi di ricovero e cura in diverse branche mediche e chirurgiche, oltre a funzioni di coordinamento e supervisione delle strutture sanitarie pubbliche su scala regionale.

Infine, ai vertici del sistema sanitario nazionale si trovano i National Referral and Teaching Hospital, in particolare il Mulago National Referral Hospital e l'ospedale universitario ad esso collegato. Queste strutture d'eccellenza svolgono funzioni di cura altamente specialistica, ricovero per patologie rare e complesse, formazione del personale, ricerca clinica avanzata e coordinamento dell'intera rete ospedaliera pubblica su scala nazionale (Tashobya, Ssengooba, Cruz 2006).

Accanto alle strutture pubbliche descritte, operano anche Health Center sanitari privati, religiosi e gestiti da organizzazioni non governative, che offrono servizi sia ambulatoriali che di ricovero a pagamento o assistiti da fondi di donatori internazionali.

Nonostante i passi avanti compiuti, il sistema sanitario ugandese deve affrontare ancora diverse criticità che ne limitano le capacità di assicurare servizi di cura accessibili, equi e di qualità all'intera popolazione. Una delle maggiori

sfide è rappresentata dalla diffusa povertà che affligge ampie fasce della popolazione, soprattutto nelle aree rurali. La povertà si riflette direttamente sulla salute e l'accesso alle cure, poiché molte persone non possono permettersi di pagare visite mediche, esami diagnostici e farmaci. Se infatti, è vero che il sistema sanitario nazionale offre un'ampia gamma di cure e medicinali gratuiti, è però anche vero che la disponibilità di trattamenti specializzati e farmaci non è sempre capace di stare dietro al numero di richieste e pazienti costringendo la popolazione a rivolgersi al settore privato (UNHCR 2017).

Anche la capacità del sistema sanitario di far fronte ai bisogni di cura è ostacolata dalla scarsità delle risorse economiche disponibili. Il decentramento amministrativo ha delegato molte responsabilità gestionali e di bilancio alle autorità sanitarie distrettuali; tuttavia molti distretti, soprattutto quelli rurali e con ampie popolazioni di rifugiati, non dispongono di entrate fiscali e fondi sufficienti per finanziare adeguatamente le strutture e i servizi sanitari del proprio territorio. Ne consegue una forte disuguaglianza nella qualità e dotazione dei servizi tra distretti più ricchi e quelli più poveri e deprivati. Gli Health Center sono spesso sottorganico, con carenza di medici specialisti, attrezzature diagnostiche vetuste, farmaci e materiali sanitari insufficienti. Gli ospedali pubblici, in particolare, lamentano una cronica mancanza di investimenti per rinnovare edifici fatiscenti e tecnologie obsolete.

Un altro punto debole del sistema sanitario ugandese è rappresentato dalla carenza e dalla inadeguata gestione delle risorse umane. La difficoltà di assumere, motivare e trattenere personale medico e paramedico qualificato affligge soprattutto le strutture pubbliche rurali. I bassi stipendi e le precarie condizioni lavorative spingono molti professionisti ad abbandonare il settore pubblico a favore di quello privato o a emigrare all'estero (Ssengooba, Rahman, Hongoro et al. 2007). Inoltre, l'attuale sistema di pianificazione e distribuzione del personale sanitario non riesce ad assicurare un'equa presenza di operatori qualificati in tutte

La linea di confine che separa il Sud Sudan dall'Uganda è, come nella maggior parte dei casi riguardanti i Paesi africani, frutto di una linea immaginaria emersa dai rapporti di potere tra Stati coloniali; in questo caso il Protettorato Britannico dell'Uganda e il Sudan Anglo-Egiziano. Questo tratto di penna sulla cartina tagliò arbitrariamente uno spazio che era fatto di popolazioni accomunate da lingua e usanze e dividendo in due parti, da quel momento afferenti a compagini statali diverse, popolazioni come quella dei Madhi, dei Kakwa e degli Acholi.

Nonostante entrambe le forme statuali emerse dal tracciato di questa linea divisoria abbiano mantenuto quasi senza modifiche la linea di confine cercando di creare e mantenere le proprie identità nazionali, il confine non è mai stato una barriera insormontabile. I gruppi attraversati dalla frontiera hanno continuato a mantenere stretti rapporti e il movimento di persone, lavoratori, beni e idee ha sempre incontrato terreno fertile nella porosità del confine. Individui, famiglie, interi gruppi in fuga dai conflitti che di volta in volta imperversavano da un lato o dall'altro del confine hanno approfittato della permeabilità della frontiera e delle reti di relazione mantenute nel tempo con chi risiedeva al di là di essa per trovare rifugio e asilo, facilitati dalla comunanza linguistica e culturale.

Altro elemento di congiunzione *cross-border* è rappresentato dal commercio e dal movimento di beni. Non solo le popolazioni a cavallo del confine hanno continuato a commerciare tra di loro, così come gli Stati a cui afferiscono; gli stessi rifugiati sono stati e sono tuttora agenti di questo commercio. Nel loro muoversi al di là e al di qua della frontiera portano con sé beni di consumo e dal valore simbolico. Così dal Sudan spesso arrivano tabacco e caffè, mentre dai campi si muovono utensili e beni di prima necessità difficilmente reperibili nelle zone di conflitto. Come vedremo nei capitoli successivi anche i rimedi medicinali 'tradizionali' e fitoterapici e le conoscenze e le pratiche ad esso associati si muovono continuamente attraverso numerosi confini. Portando con sé il loro valore simbolico, sociale ed economico.

Il confine è stato protagonista anche dei conflitti che lo hanno interessato. Sia il Sud Sudan, in particolare le tre regioni dell'Equatoria, che il nord dell'Uganda hanno visto il nascere e l'intensificarsi di scontri politici ed etnici che riguardavano in generale un discorso di centro contro periferia. Se il Sud Sudan e l'Equatoria si battevano contro un centro prevaricatore e ostile, il nord dell'Uganda è stato in più momenti luogo di nascita o di rifugio di movimenti ostili al governo centrale.

Dapprima con l'ascesa al potere di Idi Amin, originario della zona, che introdusse nelle fila dell'esercito le popolazioni del *West Nile*. Quando fu rovesciato nel 1979, l'esercito ugandese fuggì in massa verso questa zona del paese spostandosi poi in Sudan in seguito alle rappresaglie del Governo centrale (Bogner, Neubert 2013). Questo pose le basi per numerosi movimenti insurrezionalisti durante gli anni Ottanta che videro a fasi alterne il riproporsi delle violenze sulla popolazione civile (Simone 2020) comportando un ulteriore movimento di popolazione in fuga attraverso il confine. Ancora per tutti gli anni Novanta il *West Nile* fu teatro degli scontri tra il *Lord Liberation Army* e il Governo Museveni. Allo stesso modo il conflitto etnico scaturito dalla frammentazione del SPLA prima e dallo scontro tra Equatoria e governo Kiir ha portato membri di queste stesse popolazioni a fuggire dal Sudan per rifugiarsi in Uganda (Merkx 2002).

La libera circolazione di uomini, armi e l'appoggio dato di volta in volta da uno dei due Stati ai gruppi che operavano sul confine è stato combustibile vivo che ha alimentato i conflitti nella regione (Woodward 1991). Questi scontri a loro volta sono stati ulteriore spinta al movimento di persone in cerca di salvezza e sicurezza.

La prima ondata di rifugiati che scappavano dal conflitto in Sudan ebbe luogo durante gli anni Sessanta del Novecento. Secondo Akol (1994) circa 86.000 persone attraversarono il confine in cerca di salvezza muovendosi principalmente

attraverso linee di parentela e conoscenza insediandosi nel nord del Paese per poi, in gran parte, fare ritorno in patria dopo gli accordi di pace del 1972. In senso inverso dopo la caduta di Idi Amin, le sue forze ‘Sudanesi’ - principalmente Kakwa e Madi - lasciarono in massa le provincie del West Nile per cercare riparo in Sudan. Un piano di rimpatrio cominciò ad essere attuato nel 1983 congiuntamente dal governo ugandese e da UNHCR ma fallì presto per il riprendere della violenza. Nel 1986 questi gruppi entrarono in contrasto con SPLA e rimpatriarono in massa (Allen 1996). Contemporaneamente con la ripresa del conflitto in Sudan e con la frammentazione del SPLA centinaia di migliaia di sudanesi cominciarono ad affluire in Uganda per sfuggire alla guerra e all’arruolamento nei gruppi armati. Questa ondata fu indirizzata per la maggior parte verso i primi campi rifugiati di Ajumani e Masindi/Kyriandongo, altri invece si stabilirono autonomamente nel distretto di Moyo.

I profughi arrivati in Uganda nel 1993-94 vennero portati nei distretti di Arua e Adjumani, dove Koboko e Ogujebe erano i principali insediamenti per rifugiati. Dall’inizio degli anni Novanta il governo dell’Uganda e l’UNHCR avevano avviato un piano di insediamento che prevedeva la creazione di insediamenti agricoli con lo scopo di rendere i rifugiati autosufficienti dal punto di vista alimentare. I grandi afflussi del 1993-94 portarono all’ampliamento del progetto e alla designazione di nuove aree. Gli insediamenti di Ikafe, Imvepi e Rhino Camp sono stati creati per ridurre la congestione nei centri di transito e nei precedenti campi prima sovraffollati (Merx 2002). Sull’onda dell’emergenza e dei grandi numeri che affluivano nel Paese il governo ugandese e UNHCR non furono in grado di creare una reale integrazione tra i rifugiati e le comunità ospitanti, con la conseguenza che spesso si crearono delle enclave separate dal tessuto circostante. Inoltre, se in un primo momento le comunità si dimostrarono aperte ad accogliere i rifugiati in virtù delle comuni radici linguistiche e culturali, ben presto la terra disponibile cominciò a esaurirsi creando competizione per le risorse, malcontenti e tensioni.

Il deteriorarsi delle condizioni di sicurezza nel nord del Paese creò nuovi problemi nella gestione e nella vita dei rifugiati. Incursioni armate dal Congo e le violenze perpetrate dall’LRA nei distretti di Gulu e Kitgum, a danno in particolare delle popolazioni Acholi, portarono i rifugiati ad essere esposti agli attacchi e crearono un alto numero di migrazioni interne.

Nel 1997 l’SPLA liberò alcune zone nel distretto di Yeye e incoraggiò il ritorno dei rifugiati. Molti risposero alla chiamata soprattutto dal distretto di Arua e rimpatriarono. Altri invece non convinti delle effettive condizioni di sicurezza si fermarono in Uganda e si stabilirono nelle zone liberate dall’esodo.

Con gli Accordi di Pace del 2005 ha avuto luogo un altro movimento di ritorno verso il neonato Sud Sudan, ma il riprendere del conflitto nel 2013 e il suo aggravarsi nel 2015-16 hanno visto flussi senza precedenti di Sudanesi in fuga dalla guerra e dalle violenze. In questo momento di massima emergenza è stato fondato il *Settlement di Bidibidi*.

1.6 Bidibidi

Il settlement di Bidibidi nasce nel 2016 nel distretto di Yumbe, a circa 90 Km da Arua, il centro principale del *West Nile subdistrict*, per far fronte all'afflusso di rifugiati in fuga dalla guerra civile scoppiata nel vicino Sud Sudan tra il 2013 e il 2016. Il distretto del *West Nile* nell’estremo nord-ovest dell’Uganda confina a nord con il Sud Sudan e a ovest con la Repubblica Democratica del Congo. Il territorio è prevalentemente pianeggiante, con una vegetazione di savana ed è attraversato dal corso del fiume Nilo che partendo dal Lago Vittoria nel sud del Paese arriva qui per poi proseguire in territorio sudanese. Al suo interno ospita altri due importanti campi profughi: Adjumani e Rhino.

In pochi anni Bidibidi è diventato uno dei più grandi insediamenti di rifugiati al mondo. La popolazione civile, presa nel mezzo del fuoco incrociato tra le fazioni rivali, ha intrapreso un esodo di massa verso i Paesi confinanti. L'Uganda ha accolto la maggior parte di questi rifugiati, aprendo i confini e offrendo protezione. Per gestire questa crisi umanitaria, le autorità ugandesi con l'Alto Commissariato ONU per i Rifugiati hanno istituito rapidamente il *settlement* di Bidibidi su un'area di 250 km². La creazione dell'insediamento e di strutture di accoglienza di base sono state approntate in tempi straordinariamente rapidi. Nel giro di pochi mesi ampie zone di savana in precedenza quasi completamente disabitate sono state dotate di strade, pozzi, servizi essenziali e piccoli lotti assegnati alle famiglie di rifugiati. Queste hanno costruito capanne e alloggi di fortuna con i materiali a disposizione.

Nonostante la precarietà delle condizioni iniziali, Bidibidi è presto diventato il più grande insediamento di rifugiati in Uganda, arrivando ad ospitare 238.000 persone nel marzo 2017. La popolazione ad oggi oscilla tra le 180.000 e le 230.000 persone a seconda degli andamenti altalenanti della guerra e ha subito la sua più importante flessione in negativo durante l'emergenza dettata dalla pandemia di Covid-19. Pur nascendo come soluzione emergenziale, Bidibidi si è rapidamente trasformato in una sorta di cittadina, con una propria economia informale e servizi sociali e sanitari.

L'insediamento sorge lontano dalle principali fonti acquifere della zona, come il Nilo Azzurro da cui il distretto prende il nome; si colloca in un'area che in origine era quasi completamente disabitata, a parte alcuni piccoli villaggi di agricoltori e pastori locali. Il clima è di tipo tropicale secco, con due stagioni principali: una secca tra novembre e febbraio, e una piovosa e caldo-umida tra marzo e ottobre, con frequenti tempeste. La topografia è prevalentemente pianeggiante, con qualche altura isolata. Guardando le foto aeree del *settlement*, infatti, si ha l'impressione di un'enorme pianura. A livello del terreno, però, quando si cammina per le strade di terra rossa ci si rende conto della presenza di numerose colline, depressioni e

valloni che rendono lo spostamento accidentato e quasi mai lineare. La polvere rossa è la padrona indiscussa di tutta la stagione secca, si posa sopra ogni cosa, chiude le gole e irrita gli occhi. Le immense nuvole alzate dal vento, o quelle più piccole create dai mezzi delle ONG fanno sì che sia pressoché impossibile sottrarsene. Nella stagione delle piogge, il contraltare invece, è rappresentato dal fango, anch'esso onnipresente e inevitabile.

I rifugiati vivono in piccole capanne di mattoni crudi e fango, con il tetto d'erba, dalla forma quadrata anche se in alcuni casi si possono vedere altri materiali di risulta come fogli ondulati di alluminio o teli in plastica. Queste abitazioni, raramente più grandi di due metri per due, sorgono in cluster più o meno numerosi. Il *settlement* è spesso paragonato ad una città, ma in realtà non bisogna immaginarsi la densità abitativa degli insediamenti urbani. Se in alcuni luoghi, come nei pressi dei *trading center* e dei principali centri sanitari, si possono trovare raggruppamenti molto fitti di abitazioni, altrove gli spostamenti attraverso il *bush* e il terreno accidentato possono essere considerevoli per muoversi da un cluster ad un altro. Tra villaggi e tra le Zone del campo ci sono lunghe distese disabitate, spesso incolte o punteggiate da piccoli campi, o da animali al pascolo.

I terreni sono costituiti da suoli lateritici, tipici della savana, con modeste capacità di ritenzione idrica. L'idrografia dell'area è segnata dal corso del fiume *Enyau*, che scorre lungo il confine settentrionale di Bidibidi il cui apporto d'acqua però è di scarsa utilità per l'approvvigionamento del campo. Una rete di pozzi e specchi d'acqua stagionali completano il quadro delle risorse idriche disponibili. La rapida espansione di Bidibidi ha avuto un profondo impatto sull'ambiente della regione. I rifugiati hanno dovuto adattarsi a un ambiente piuttosto ostile e imprevedibile, tra siccità, inondazioni, temperature estreme e scarsità di risorse. Il cambiamento climatico sta ulteriormente aggravando queste criticità ambientali. Gli eventi meteorologici estremi sono sempre più frequenti e riducono la produzione agricola, minando la sicurezza alimentare. La massiccia presenza umana e animale ha incrementato l'erosione del suolo, l'inquinamento delle falde acquifere e la

diffusione di malattie. Pratiche non sostenibili come la produzione di carbone vegetale per uso domestico stanno desertificando vaste aree circostanti la cui progressiva deforestazione priva di risorse le popolazioni rurali, e il degrado del suolo che ne consegue ne minaccia la sicurezza alimentare. Il sovra-sfruttamento delle risorse naturali e il difficile accesso a fonti energetiche pulite rimangono problematiche urgenti. Nonostante alcuni programmi di rimboschimento, sistemi di raccolta dell'acqua piovana, stufe e fornelli efficienti, fertilizzanti organici e orti comunitari agro-ecologici l'impovertimento della biosfera del campo continua a ritmi preoccupanti. La scarsità delle risorse e la lotta per l'approvvigionamento creano tensioni con le comunità ospitanti di ugandesi. Queste comunità sorgono in prevalenza ai confini del *settlement*, ma alcune di esse sono state letteralmente inglobate dall'espansione repentina del campo. Creando così delle vere e proprie enclaves di *nationals* all'interno della geografia dell'insediamento. La concorrenza per le risorse si muove su più piani: sia per quanto riguarda la produzione di combustibile, che per l'erba a stelo lungo utilizzata per il tetto delle abitazioni; sia per l'approvvigionamento d'acqua che per i terreni da pascolo; così come per l'utilizzo delle infrastrutture, tra queste anche quelle sanitarie, della zona.

Il *settlement* è amministrato dal Governo ugandese attraverso l'*Office of Prime Minister*, in collaborazione con UNHCR, il *World Food Program* e varie ONG internazionali che si occupano di aspetti specifici come sanità, istruzione, sicurezza alimentare, e *security*. L'UNHCR ha coordinato la pianificazione urbanistica e l'allocatione dei terreni, oltre a supervisionare la registrazione dei rifugiati e l'erogazione degli aiuti umanitari. Le ONG partner gestiscono numerosi servizi essenziali come la sanità, l'istruzione primaria e secondaria, la distribuzione di cibo e acqua. Programmi micro-imprenditoriali sono stati avviati per promuovere l'autosufficienza economica della comunità con scarsi risultati dovuti all'impossibilità di trovare lavoro retribuito. In un contesto in cui è fortemente complicato reperire risorse e materiali di ogni tipo, sia a causa della difficoltà di approvvigionamento che per la scarsità di denaro, e in cui coltivare

diventa ogni anno più difficile i rifugiati dipendono quasi completamente dalle elargizioni di UNHCR. Le distribuzioni di cibo sono organizzate dal commissariato delle Nazioni Unite a cadenza mensile, ma soprattutto negli ultimi anni sono andate in contro a frequenti e ormai usuali ritardi e sono fortemente diminuite nella quantità e nella qualità. Allo stesso modo le altre distribuzioni di vestiario, suppellettili, sapone e altri beni di prima necessità hanno avuto un'evoluzione simile.

La governance interna fa capo a strutture come i Consigli dei Rifugiati, eletti democraticamente per rappresentare gli interessi della popolazione presso gli enti gestori. Questi organi di autogoverno rifugiati collaborano con i leader tradizionali già presenti sul territorio per mediare eventuali conflitti. A livello più basso ci sono i rappresentati di zona, poi i capi villaggio, i capi raggruppamento e i rappresentanti di zona che interagiscono direttamente con l'amministrazione del campo. Il *settlement* è diviso amministrativamente in cinque Zone e ognuna di queste ha i suoi organi di governo. L'amministrazione di Bidibidi cogestita dallo Stato ugandese e da UNHCR vede, invece, al suo vertice il *Camp Commandant* che si occupa di tutta la gestione dell'insediamento. La sicurezza è garantita dalla presenza di unità di polizia e nei casi più estremi da unità dell'esercito ugandese, supportate anche da una squadra di protezione rifugiati. Il mantenimento dell'ordine pubblico si è rivelato una sfida delicata, data la condizione di vulnerabilità socio-economica degli abitanti e la presenza di tensioni etniche, gruppi criminali, la forte povertà e la vicinanza al confine. La violenza all'interno del campo è sempre presente in varie forme: sia che si manifesti in scontri aperti tra gruppi clanici ed etnici, sia che si tratti delle, purtroppo molto comuni, aggressioni a carattere sessuale o di violenza domestica.

La vita dei rifugiati è molto dura. La preoccupazione per il cibo è costante, la poca sicurezza personale e la difficoltà immensa, soprattutto nella stagione secca, di reperire acqua sufficiente sono motivi di enorme stress e preoccupazione.

A questo bisogna aggiungere che le famiglie molto spesso sono composte in prevalenza da numerosi bambini con madri single o il cui marito è lontano. Come abbiamo già accennato e come vedremo più avanti guardando alle strutture sanitarie di Bidibidi, quella dei rifugiati è una vita che si muove lungo le linee dell'incertezza e della precarietà. A questa preoccupazione costante vanno aggiunti, ovviamente, i traumi che i rifugiati si portano dietro della guerra e del *displacement*. E se in maniera limitata le strutture del *settlement* sono in grado di sopperire ai bisogni fisici dei rifugiati per quelli psicologici e mentali la situazione è ancora più difficile. Ho fatto molta fatica a reperire i numeri esatti, a causa del modo di classificare i decessi, ma nelle mie conversazioni con membri delle NGO nel campo, soprattutto IRC Uganda, *Center for Victims of Torture* e *Transcultural Psychosocial Organisation* (TPO), il numero di suicidi sembra essere in aumento ogni anno e con numeri che risultano essere sempre più preoccupanti soprattutto fra i giovani.



Foto Aerea della Zona 3 e Village 4, Bidibidi Zone 3.

Capitolo II

Public and Global Health

2.1 Public Health

L'universo della cura così come oggi la intendiamo e nella dimensione microsistemica del campo non può prescindere da un excursus sulla *Public Health*. Il microsistema del campo va infatti pensato come un mesosistema in cui molti microsistemi legati alla sfera personale, identitaria e comunitaria si muovono ed entrano in contatto con un ecosistema di gestione e un macrosistema legato alle politiche che lo sorreggono legislativamente e a livello governativo.

La *Public Health* intesa come lo sforzo di mantenere la salute della società e prevenirne il deterioramento ha radici molto antiche. Molte società infatti hanno messo in atto soluzioni e politiche che permettessero di controllare e regolare la salute dei propri membri con operazioni volte alla tutela e alla salvaguardia della sanità. Tuttavia, la nascita di una vera e propria Sanità Pubblica affonda le sue radici nel periodo dell'Illuminismo durante il quale le nuove scoperte e conoscenze sulla diffusione e sulle cause delle malattie portano alla nascita di una scienza di interesse pubblico col fine della tutela della salute collettiva (Porter 1997).

Lo sforzo per una ricerca della tutela della salute della Comunità ebbe come propulsore le scoperte scientifiche alla base della medicina moderna e allo stesso tempo diede vita a istituzioni che portarono alla nascita di politiche sanitarie e alla promulgazione di leggi che hanno a loro volta svolto un ruolo cruciale nel promuovere una visione di salute che ha visto lo Stato Nazione al centro del

progetto di cura e controllo della salute dei propri cittadini.

La *Public Health* ha iniziato quindi a essere considerata come lo sforzo organizzato per il miglioramento e la protezione dello stato di salute di una comunità. Uno sforzo che coinvolge più discipline, non solo quella medica, ma anche le allora nascenti scienze sociali e gli organi legislativi dello Stato per stabilire e promuovere standard di salute, fisica e morale, mirati non al benessere del singolo ma a quello della comunità tutta.

Nel 1920 Winslow diede una delle prime definizioni compiute di *Public Health*:

« La *Public Health* è la scienza e le arti della prevenzione delle malattie, del prolungamento della vita, della salute fisica e dell'efficienza tramite *sforzi comunitari* per la sanificazione dell'ambiente, il controllo delle infezioni che circolano nella comunità, l'educazione dell'individuo sui principi di igiene personale, l'organizzazione di servizi medico sanitari per la diagnosi precoce e preventiva delle malattie, e per la creazione di una *macchina sociale* che possa assicurare a ogni individuo della comunità standard di vita adeguati per il mantenimento del proprio stato di salute» (Winslow 1920).⁹

Elementi principali e trainanti di questo sforzo dovevano essere lo Stato e le nascenti professionalità mediche che dovevano mettere al servizio del bene collettivo, della salute sociale, le conoscenze delle loro arti e scienze. Compartecipante doveva essere l'analisi sociale della comunità per prevenire comportamenti nocivi e per promuovere quelli considerati 'sani'. In occidente la nascente forza della biomedicina e dei saperi ad essa associati rimane a lungo l'elemento focale che indirizza e plasma questi sforzi.

Le discipline partecipanti a questo compito di salute si trovano davanti a sfide

⁹ Trad. mia.

nuove in cui i loro saperi vengono chiamati in causa nel delineare cosa sono salute e malattia, quali comportamenti considerare virtuosi e quali nocivi per il ‘corpo sano della comunità’.

Public Health infatti è venuta spesso a coincidere con le politiche messe in atto dalle forme statuali per definire e garantire il ‘corpo sano’ della società. Facendosi carico di un’idea di salute e applicando quelle che con Foucault potremmo definire biopolitiche e tanatopolitiche.

2.2 Public Health nel contesto coloniale

Le politiche e i saperi che concorrono a informare le azioni di sanità pubblica agiscono sui vari strati della società a partire dai corpi e allargandosi all’ambiente in cui questi corpi vivono, spesso tagliando e seguendo le linee di demarcazione sociale e le differenze economiche e sociali che esse comportano. Un esempio di come questi saperi si trovino coinvolti in una definizione carica di potere politico è evidente in un altro contesto fiorente alla fine dell’800: quello coloniale. In quegli anni infatti i Paesi del vecchio continente si spartiscono il mondo e impongono oltre a forme statuali ed economiche anche una diversa visione di salute, malattia e cura. Di fronte a sistemi diversi, a situazioni epidemiologiche di portata globale, l’approccio alla salute della comunità coloniale diventa una delle preoccupazioni di cui i nuovi apparati si devono fare carico. Allo stesso tempo, le colonie diventano un grande laboratorio di interventi sociali miranti alla ‘salute’ dello Stato e dei suoi cittadini. Le nascenti professioni mediche e la loro istituzionalizzazione trovano nel discorso coloniale e nel rapportarsi con saperi altri, spesso visti come ‘reminiscenze’ di un passato ignorante e fallace, terreno fertile nello sviluppare il loro status e i loro codici. La Sanità Pubblica che sta nascendo in occidente trova e sviluppa nel progetto ‘civilizzatore’ e nella gestione

di emergenze sanitarie che cominciano a presentarsi come globali, gli strumenti e le figure che la renderanno interlocutore primario e privilegiato della gestione della salute sociale.

Il medico è una figura emblematica e centrale della colonizzazione insieme al missionario e al soldato. Il sistema medico costituisce infatti, in virtù della propria capacità di costruire discorsi sulla vita e sulla morte, sull'angoscia e sul male, sul corporeo e sull'incorporeo, uno spazio ed uno strumento politico. L'associazione della biomedicina con i regimi di potere coloniali e con le disuguaglianze nazionali e globali nell'era postcoloniale ha compromesso la sua promessa come mezzo di miglioramento. Il legame della biomedicina con un sistema di potere e conoscenza repressivo ha continuato a influenzare gli approcci agli interventi sanitari nell'era postcoloniale. Sospetti e voci sulle possibili cattive intenzioni dietro gli interventi sanitari e sui professionisti della medicina continuano a circolare tra i cittadini africani e a volte si sono manifestati sotto forma di resistenza alle campagne di salute pubblica (Prince 2014). Nel contesto della colonia la medicina è parte integrante del processo di acculturazione e spesso di controllo dei corpi e degli habitus dei colonizzati. Strumento di igiene e prevenzione prevede un adattamento dei soggetti della colonia a forme spesso coercitive di controllo sui corpi e sugli ambienti, andando ad agire sulla visione del mondo in un'ottica civilizzatrice. Comaroff (1993) mostra come questi progetti civilizzatori fossero plasmati da visioni del mondo che si costruivano su gerarchie razziali e come la medicina coloniale, anche quando motivata da intenti umanitari, servisse in realtà a promuovere progetti imperiali, ansie razziali e nozioni di superiorità europea.

Roberto Beneduce (2010) in *Corpi e Saperi Indocili* utilizza il concetto di 'corpo docile' elaborato da Foucault nel parlare di una medicina che tramite biopolitiche e tanatopolitiche concorre a formare un corpo soggetto al potere coloniale. Una

medicina strumento di un potere che non si limita a essere un dispositivo della sovranità sui soggetti, ma che utilizzando una forma biologizzante di discorso sui corpi applica classificazioni di carattere razziale, divenendo così all'interno dell'obbiettivo igienista e civilizzatore uno strumento di controllo, separazione e discriminazione. Un'appropriazione dei corpi a fini di sfruttamento e coercizione. L'idea, razzialista, che i colonizzati fossero per loro natura inclini a comportamenti sanitari errati e che non fossero in grado di intervenire su questi problemi fu spesso utilizzata come presupposto per il passaggio ad interventi coercitivi (Vaughan 1991) mirati a giustificare un maggiore controllo coloniale (MacLeod, Lewis 1988). Il termine *Public Health* si riferisce, quindi, convenzionalmente ai doveri dello Stato per quanto riguarda la protezione e la cura della salute dei suoi cittadini, attraverso l'applicazione della moderna medicina scientifica e di un'amministrazione razionale, che fornisce servizi di assistenza sanitaria, medicina preventiva e sanificazione ambientale, nonché una legislazione. Una visione di miglioramento guida questa spinta verso la sanità pubblica, che applica la biomedicina e le procedure burocratiche all'intervento e al controllo dello Stato. Questa visione è stata esportata in Africa nei tentativi di estendere i servizi sanitari e di welfare a segmenti più ampi della popolazione (Prince 2014). Ma è stata spesso funzionale invece ad obbiettivi di 'controllo igienico' dei nuovi corpi dello Stato.

Attraverso le nuove forme di controllo medicale, di intervento sui corpi, di indottrinamento dei corpi alle forme *igieniche* passa la battaglia per la 'governabilità' dei soggetti coloniali. Un progetto quello medico che insieme alle forme politiche e religiose interviene pesantemente nel rimodellare i paesaggi culturali, politici, familiari e della salute nel mondo dei colonizzati.

Il contesto ugandese segue le dinamiche di 'governabilità' coloniale ed il discorso sulla *public health* è, come in molti altri Paesi, un discorso fortemente incentrato

sulle dinamiche di potere che abbiamo elencato ed è importante, per questo, sottolineare come le prime leggi sulla sanità pubblica in Uganda risalgono al periodo coloniale britannico. L'amministrazione coloniale già nel 1935 emana il *Public Health Act* con il quale istituisce le prime strutture sanitarie e le reti di prevenzione necessarie per il contenimento di episodi epidemici e per il controllo sanitario minimo della popolazione. Gli interventi sanitari, in questo periodo, avevano un approccio verticale e autoritario, con scarso coinvolgimento delle comunità locali (Vaughan 1991) fornendo un servizio sanitario minimale: quel tanto che bastava per poter salvaguardare il dominio coloniale. Allo stesso tempo veniva messa in pratica una forte soppressione dei praticanti della medicina 'tradizionale'. Quest'ultima però ha resistito alla colonizzazione e continua a svolgere un ruolo nel sistema sanitario dell'Uganda contemporanea nonostante leggi come il *Witchcraft Act* del 1957¹⁰ tendessero ad accomunare tutti i sistemi di cura indigeni e le loro pratiche ad attività considerate minanti la stabilità pubblica e rendendole in gran parte illegali (Mulumba et.al. 2021). Le autorità coloniali iniziarono a intervenire in questioni di salute pubblica, come le epidemie e le carestie, ma allo stesso tempo cercarono di circoscrivere il campo della 'cura tradizionale' come parte di una tradizione considerata arcaica e senza tempo. Le missioni cristiane contribuirono ad intensificare questi atteggiamenti nei confronti della guarigione, demonizzando il passato africano e creando una distinzione tra 'tradizionale' e 'moderno', relegando le pratiche di guarigione al regno del passato arcaico.

Successivamente, nei governi postcoloniali, queste visioni coloniali sulla guarigione indigena furono in gran parte mantenute, almeno a livello ufficiale. Le pratiche di guarigione furono spesso etichettate come irrazionali e contrarie al progresso nel contesto degli sforzi di sviluppo e modernizzazione. Vaughan (1991)

¹⁰ Modificato in parte solo nel 1997 e mai del tutto abolito.

sostiene che i britannici vedevano le epidemie come una minaccia al loro potere più che un problema di salute pubblica. Per questo le leggi miravano principalmente a tutelare gli interessi coloniali attraverso quarantene, sorveglianza sanitaria e restrizioni ai movimenti dei popoli locali. L'attenzione era per lo più catalizzata dalla possibilità di una diminuzione della forza lavoro e sui possibili malcontenti della popolazione indigena. Questa dinamica di protezione dell'impero coloniale portò effettivamente alla creazione di un sistema di *outpost* medici, ai primi dispensari ed ospedali nelle zone più rurali della colonia e all'inizio delle operazioni di contenimento della malattia. I piani della cura e della prevenzione si mossero però su due livelli tra loro legati: da un lato l'esigenza 'umanitaria' di prevenire la diffusione di malattie e dall'altro la necessità di garantire un approvvigionamento di 'corpi sani' agli apparati militari.

A questo proposito bisogna pensare ai corpi dei colonizzati utilizzando il concetto di *corpo politico* elaborato da Margareth Lock e Nancy Scheper-Hughes (1987). Nel loro saggio le autrici introducono questo concetto dopo aver preso in considerazione altre stratificazioni del pensare, vivere e intervenire sui corpi. Cominciano con l'analizzare il 'corpo individuale': un'idea di corpo che si basa sul concetto di divisione mente-corpo che nella cultura occidentale affonda le sue radici in Aristotele per arrivare alla sua completa formulazione nell'opera di Descartes. Accolta dalle scienze pure e dalla medicina clinica questa visione ha portato ad un'idea di corpo meccanicistica e funzionale sempre alla ricerca di una causa organica. Questa visione del corpo individuale era anche alla base dell'accanimento della medicina e dei poteri coloniali contro altre visioni del corpo presenti nelle popolazioni soggette al loro dominio. Concezioni del sé che potremmo definire sociocentriche, che mettono in relazione l'individuo ai suoi legami sociali e che spesso cercano le cause del male e della malattia nelle relazioni sociali, nell'armonia familiare o della comunità, nell'infrazione di norme morali o sociali.

Così il secondo corpo è quello 'sociale' quello che le autrici definiscono un corpo 'buono da pensare' un corpo che funge da mappa cognitiva della propria cultura, plasmato dalla società e in grado di esercitare una funzione performativa. Incorporante e incorporato nelle relazioni e nelle norme sociali e nel modo culturalmente costruito che lo circonda. Una fisicità partecipante del materiale, del sociale e sovranaturale tanto da ricercare le cause della malattia nelle sue relazioni simmetriche con ciò che lo circonda.

Il terzo corpo, quello 'politico', nasce dalle interazioni fra i primi due. Interazioni che hanno a che vedere con il potere e il controllo. Il corpo politico è la necessità di proteggere e mantenere i primi due corpi intervenendo attraverso forme politiche. Le culture creano discipline che forniscono schemi e codici per la *docilità* del corpo individuale in conformità con le esigenze dell'ordine sociale e politico. Tentativi di controllo che in momenti di reale o presunta minaccia dell'identità possono assumere le forme della violenza per la purezza o che in ambito coloniale hanno spesso portato a forme di coercizione violenta. Ma anche forme meno violente intervengono nella modellazione del corpo politico: la giustizia, le scienze sociali e la medicina svolgono un ruolo chiave nel produrre nuove forme di conoscenza e potere sui corpi. La medicina partecipa nel definire la normalità e le deviazioni da essa sia che le imputi a disfunzioni fisiche e materiali sia che le legghi alla moralità e all'ordine sociale. Un controllo e una normatività degli individui e delle popolazioni che Foucault (1976) definisce 'biopotere'. Steven Feierman (1985) entra più addentro alle logiche del potere soggiacenti alle medicine. Tale lotta infatti, prima ancora di essere specchio di scontri sul piano del dominio politico e culturale, è la ricerca del potere di definizione. Definire una norma e una devianza, plasmare le ideologie, nominare le cause del male e inserirle nei contesti politici.

Gli anni della colonizzazione sono anche gli anni in cui la biomedicina

pastoriana si approccia alla cura delle malattie endemiche nel continente africano. Le campagne contro le malattie infettive vanno di pari passo con la colonizzazione del continente africano, contribuendo alla creazione del campo della *medicina tropicale*. I due ambiti del controllo dei nuovi Paesi assoggettati e le scoperte scientifiche in campo medico si muovono spesso in parallelo in quanto le colonie fornivano una nuova sede per la pratica medica e la ricerca (Worboys 1976). Il vaiolo, la framboesia, la malattia del sonno, le malattie veneree e molte altre sono oggetto di una vera e propria guerra che le amministrazioni coloniali portano avanti sui corpi dei colonizzati. La necessità di una forza lavoro sana e produttiva crea uno sforzo profilattico e vaccinale che di pari passo con le scoperte mediche contribuisce allo sviluppo della *Public Health* e alla sua ‘sorella’ coloniale la Medicina Tropicale. Queste epidemie che la medicina tropicale si ripromette di fermare sono in parte anche figlie del nuovo contesto della colonia. Lungi dall’essere nuove nel continente africano, sono però acutizzate dai nuovi spostamenti di popolazione e dalle mutate condizioni di vita.

La finalità di controllo dei corpi degli assoggettati, della loro biologia pericolosa, scomoda e fuori dai margini della società sembra avere effetti sull’applicazione degli interventi di *Public* e *Global Health* che riguardano i rifugiati. Le popolazioni rifugiate, come quella di *Bidibidi*, si pongono nuovamente all’incrocio di confini e definizioni di cittadinanza e allo stesso tempo rappresentano un ‘corpo’ da curare e da controllare. In questo senso può essere utile riflettere sul concetto di *bare life* proposto da Agamben (1998) una condizione di esistenza biologica senza diritti politici o protezioni legate alla cittadinanza, in cui si è spogliati di umanità e ridotti a una sopravvivenza biologica di base. Agamben (1998, 2002, 2005) rielabora la nozione di Foucault di biopolitica intesa come dominio sulla vita: quei meccanismi attraverso i quali lo Stato moderno applica delle strategie disciplinari al fine di produrre corpi disciplinati all’interno di istituzioni preposte a questo scopo come prigioni, scuole e ospedali.

Nell'assicurare la sicurezza della società, lo Stato agisce per preservare il benessere biologico della popolazione, giustificando così qualsiasi atto che possa assicurare questo fine. Per poter agire sul benessere deve creare una popolazione, deve creare una gerarchia binaria tra noi e loro, tra normale e anormale. Agamben aggiunge a questa dicotomia quella tra cittadini e esterni alla società come immigrati e rifugiati.

Quando il potere politico spoglia alcuni individui della loro compartecipazione alla società, quando li esclude da essa, li riduce a corpi di *nuda vita* e in questo modo è in grado di utilizzare a pieno i propri strumenti di controllo, anche quelli più estremi. Esempio principale di questo processo è il campo di sterminio di Auschwitz (2002).

La *nuda vita* rappresenta l'espressione ultima del controllo biopolitico dello Stato su corpi vulnerabili ridotti a una pura esistenza biologica senza possibilità di appello.

Ed è il *campo* il luogo di separazione ed eccezione per eccellenza in cui le figure più marginali, immigrati e rifugiati, vengono posti sotto il controllo di forme statuali e internazionali che anche dietro le spinte umanitarie rischiano di ridurre queste persone allo stato di *bare life*. Progettato per il controllo più che per la cura, il campo mantiene i rifugiati totalmente dipendenti dallo Stato per la sopravvivenza.

La *bare life* intesa nel senso che ne dà Agamben sembra andare nella direzione delle dinamiche di *Public Health* che abbiamo citato precedentemente. Se il rifugiato e ancora prima il colonizzato sono corpi *nudi* da controllare, da rendere docili, le tecniche della biomedicina messe in atto dalla Salute Pubblica possono essere lette come uno dei strumenti di controllo dei loro corpi. Le iniziative che mirano a proteggere il benessere e la salute della Società devono intervenire su

questi corpi mantenendoli in vita, ma esclusi e dipendenti. La medicina li riduce a statistiche epidemiologiche da circoscrivere e tenere a bada e in questo modo nuovamente li esclude rendendo possibile pensarli come *altro*.

2.3 Global Health

Definire cosa si intende per *Global Health* è una sfida complessa. Figlia di approcci che affondano le loro radici negli interventi di salute pubblica internazionale e sviluppatasi sull'onda dei cambiamenti iniziati nel secondo dopoguerra, la *Global Health* abbraccia teorie ed interventi immaginati e prodotti su molteplici campi e direttive differenti. Si tratta più dell'approccio ad un sistema globale di problemi che di una disciplina (Kleinman 2010). Il termine ha un uso molteplice e viene spesso usato indifferentemente per descrivere sia le mutate configurazioni epidemiologiche di un mondo globalizzato, che le ricadute su queste delle disparità tra Nord e Sud del mondo; sia le tecniche scientifiche che vengono messe in atto per agire su la prevenzione e la cura che la miriade di attori medici, farmaceutici, umanitari e commerciali che se ne fanno portatori; sia per fare luce su una società sempre più transnazionale che sui chi è vittima di *displacement* (Quaranta, 2014).

In un convegno svoltosi nel 2019 a Wuhan, Chen (Chen et. al, 2019) ha proposto una definizione di Global Health, che partendo dagli enunciati di *Health for All* (obiettivo posto dall'OMS negli anni Ottanta), la identifica come una branca delle scienze sanitarie che si differenzia e amplia la biomedicina, la salute pubblica e internazionale. La *Global Health* si occuperebbe quindi di questioni mediche e sanitarie di impatto globale cercando soluzioni globali ai problemi che ne scaturiscono. L'obiettivo rimane quello di promuovere la salute per tutti e ridurre

le disparità socio-economiche nell'accesso alle cure. Pertanto, la salute globale si rivolge alle popolazioni di tutti i Paesi e coinvolge tutti i settori oltre quello medico e sanitario, anche se precisa che la ricerca e la pratica della salute globale può essere condotta localmente.

Secondo questo studioso il compito di questa nuova branca di saperi sarebbe quello di creare modelli di carattere medico-sanitario applicabili in tutto il mondo, valutarne l'impatto globale e indagare le determinanti e i fattori che influenzano a livello mondiale la salute. Per fare questo, aggiunge, è necessario che si crei un corpo di nuove conoscenze sulla salute e che queste conoscenze vengano trasmesse a tutti i livelli di intervento sanitario.

L'autore si concentra inoltre su una definizione di 'globale', inteso non come interventi sanitari che abbraccino il mondo intero, ma come azioni che vadano ad agire su fenomeni di impatto globale. Tra gli esempi citati vi sono infatti la pandemia di HIV/Aids che, fin dalla sua comparsa, è stata uno dei cardini di intervento delle politiche internazionali di cura e altre possibili pandemie. Beaglehole (2010) parte dalla definizione di *Global Health* di Koplan (2009) che la descrive come un campo di ricerca mirato al miglioramento della salute e raggiungimento dell'equità sanitaria per tutti, differenziata dalla *Public Health* che si occupa dei problemi sanitari delle popolazioni di singoli apparati statali come dalla *International Health*. La salute internazionale, secondo Koplan, si concentra sulle questioni di salute, in particolare sulle malattie infettive e sulla salute materno-infantile nei Paesi a basso reddito. Quindi principalmente nell'ambito di aiuti mirati e limitati nonostante il termine venga spesso utilizzato come sinonimo di salute globale, includendo anche l'applicazione dei principi della sanità pubblica ai problemi che interessano i Paesi a basso e medio reddito, nonché alle complesse forze globali e locali che li influenzano.

Partendo da questa definizione Beaglehole enuncia quelle che, secondo lui, sono le direttive principali di un approccio globale. Innanzitutto, la *Global Health* deve

essere *collaborativa*, cioè, includere le azioni, le tecniche e i saperi di più entità nella ricerca di un approccio che sappia gestire la complessa multifattorialità di fenomeni che agiscono a livello globale ma, che impattano in modo diverso su località diverse. *Transnazionale*, ovvero coinvolgere uno o più attori statali al di là e attraverso i loro confini. Deve basarsi su una ricerca interdisciplinare capace di creare azioni che possano agire su tutti i livelli del problema sanitario, da quello medico alle componenti culturali e socio-economiche del fenomeno e delle sue ricadute, facendosi infine carico della promozione di pratiche, saperi in una diffusione globale e accessibile di soluzioni possibili alle emergenze di cui si occupa.

Questo approccio, nato verso la fine degli anni Novanta, mira a creare un sistema interconnesso di saperi in grado di guidare le azioni di intervento sanitario in un mondo globalizzato che sempre più si deve confrontare con epidemie su scala molto ampia e con pandemie accentuate dalla cresciuta mobilità dei flussi di persone, volontari e forzati. Un sistema interconnesso di saperi che sia in grado di prendersi carico di fattori sociali ed economici che hanno un impatto sempre più ampio coinvolgendo, dalle cause agli effetti, non solo i singoli Stati nazione ma il mondo intero come ad esempio i cambiamenti climatici. E che vede agire sul panorama della cura non solo gli apparati sanitari dei singoli Paesi ma, sempre più agenti internazionali che agiscono secondo logiche diverse da quelle che la salute pubblica era andata delineando negli anni precedenti.

Per quanto innovativo, questo paradigma non nasce dal nulla ma è figlio di cambiamenti di orizzonte che si sono andati creando nel secondo dopo guerra e ancora di più alla fine degli anni Settanta e poi negli anni Ottanta del Novecento soprattutto sotto l'egida di organizzazioni come l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

2.3.1 Alma Ata

Negli anni Quaranta del secolo scorso con la nascita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità comincia a diffondersi anche una nuova concezione su più ampia scala di *Public Health*. Il termine compare infatti in letteratura per la prima volta nel testo di Dunham (1945) sulle nuove frontiere che la medicina e salute pubblica avrebbero dovuto valicare ed affrontare nel tentativo di rispondere alle sfide in campo sanitario emerse con la fine della Seconda Guerra Mondiale; che per la prima volta aveva messo in chiaro la connesione globale dei flussi di persone e aveva fatto da sfondo a fenomeni pandemici con ricadute internazionali. È in questo periodo che la sanità internazionale è emersa come una comunità epistemica e una rete di organizzazioni multilaterali che facevano parte del sistema delle Nazioni Unite. Tra queste organizzazioni c'erano l'OMS e il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF), creato alla fine degli anni Quaranta, che divennero portatori di un'ispirazione secondo cui si sarebbe potuto risolvere i problemi dei Paesi sottosviluppati, assumendo inoltre un ruolo di primo piano nella gestione e nella coordinazione degli interventi sanitari (Cueto 2013). L'OMS cercò fin da subito di creare un sistema di conoscenze che permettessero di comprendere e affrontare i problemi medici e di salute pubblica con soluzioni che potessero farsi carico di un mondo che si era andato a delineare come 'globale'; l'assunto era che un gruppo di esperti medici fosse particolarmente qualificato per convincere i politici che era fondamentale investire nella salute e che solo gli esperti avrebbero saputo come convogliare e guidare le varie organizzazioni statali e bilaterali nel campo della medicina internazionale.

Attive anche nel mondo occidentale la maggior parte delle iniziative che si svilupperanno in seguito alla Seconda Guerra Mondiale avranno però un focus particolare verso i Paesi del Terzo Mondo, considerati bisognosi d'aiuto, arretrati e

potenzialmente incubatori di emergenze sanitarie. L'Africa si è imposta, fin da subito, come uno dei campi privilegiati della *Global Health* in quanto ‘laboratorio’ sul controllo di particolari malattie. Questi interventi di alto profilo hanno rimodellato i paesaggi sociali e politici e le infrastrutture sanitarie (Prince 2014).

Nei primi anni Cinquanta, queste iniziative possono essere riassunte sotto un cappello che Foster (2009) definisce del “piatto d’argento” (*silver platter model*). Questo approccio si basava principalmente sull’idea che l’esportazione di conoscenze, tecniche e le strutture elaborate in occidente potessero essere esportate e utilizzate come tali nei Paesi in via di sviluppo. La creazione di centri universitari e di interventi che vedevano come unico ostacolo l’accettazione, o la comprensione, delle tecniche e della farmacologia di prevenzione si basava sull’assunto che le popolazioni ricipienti di tali programmi avrebbero accolto con entusiasmo le innovazioni che venivano loro esportate. Questi modelli risultarono in gran parte fallimentari così come l’approccio definito *magic bullet* con il quale si credeva di poter utilizzare innovazioni tecniche e chimico-farmaceutiche come cure miracolose in grado, da sole, di risolvere i problemi sanitari (Cueto 2013).

Solo a partire dalla metà degli anni Cinquanta, si cominciò a capire che perché gli interventi sanitari avessero successo era necessario prendere in considerazione il contesto socio-culturale in cui queste iniziative venivano implementate e che ogni intervento sarebbe stato fallimentare se non avesse preso in considerazione, e in qualche modo si fosse fatto carico, delle condizioni di povertà, scarsa alfabetizzazione e scarsità alimentare presenti nei contesti di aiuto. La malattia ha, infatti, origini composite e multifattoriali. Gli individui sono esseri complessi, non riducibili a mere popolazioni statistiche. Le realtà locali continuano a plasmare, vincolare e orientare gli interventi sanitari e non si limitano all'accettazione passiva o al rifiuto di conoscenze, tecnologie o cure imposte dall'esterno (Biehl, Petryna 2013).

Punto di svolta di questo nuovo approccio può essere considerata la Conferenza di

Alma Ata (8-12 settembre 1978) e la conseguente Dichiarazione (OMS 1978). Durante questo incontro infatti non solo vennero poste le basi per quelli che avrebbero dovuto essere gli obiettivi ‘globali’ della *Public Health*: i *Millenium Goals* e la ricerca della ‘salute per tutti entro il 2000’; ma questa conferenza con i suoi piani per la *Primary Health Care* fu anche un momento di svolta per il riconoscimento dei sistemi di cura ‘indigeni’ prevedendone l’inserimento nel sistema capillare di erogazione di cure di base. Il Convegno di Alma Ata ha definito l'assistenza sanitaria primaria come un'assistenza essenziale, basata su metodi e tecniche pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, universalmente accessibili a tutti gli individui e a tutte le famiglie della comunità, attraverso la loro piena partecipazione e a un costo che comunità e Paesi possono permettersi in tutte le fasi del loro sviluppo nello spirito dell'autosufficienza e dell'autodeterminazione. È stata così pensata come parte integrante dello sviluppo economico e sociale. Tali interventi avrebbero dovuto seguire principi di equità sociale, partecipazione della comunità e intersettorialità considerando la salute pubblica come una condizione essenziale per l'eliminazione della povertà (Faye et. al. 2012). Allo stesso tempo l’obiettivo di *Health for All* era mosso da ideali di giustizia sociale che vedeva l’accesso alla salute come un diritto fondamentale di tutta l’umanità (Cueto 2004). Questo cambio di paradigma era stato reso possibile dalle evidenze del fallimento dei precedenti programmi ‘verticali’ e dalla comprensione che la salute non era solo frutto di prevenzione e cura, ma che abbracciava un più ampio spettro di fattori economico-sociali. Un ultimo e importante fattore è stato lo sgretolamento dell’idea di universalità della biomedicina che aveva visto, sotto l’influenza dell’arrivo in occidente di sistemi medici altri come quelli della medicina cinese e indiana, indebolirsi il suo monopolio nel discorso sulla salute e sulla malattia.

Bisogna ricordare che questi sono anche gli anni nei quali quasi tutti i Paesi africani ottengono l’indipendenza dagli ex poteri coloniali, si veniva quindi a

creare la necessità di portare assistenza tecnica e medica in Paesi che cercavano di ricostruire o di costruire il proprio sistema sanitario con risorse, personale e conoscenze che non erano state implementate durante gli anni della colonia o che cercavano di smarcarsi da vincoli di ordine politico ed economico. In questo senso il tema dell' 'utilità' dei sistemi di cura altri si intreccia profondamente con i cambiamenti globali in atto e con le direzioni della nuova sanità pubblica globale. Nel continente africano con il conseguimento dell'indipendenza e nei primi anni a seguire, la situazione di forte prevalenza, se non monopolio istituzionale, della biomedicina non cambia di molto. In un'ottica di continuità con le politiche delle amministrazioni coloniali i nuovi Stati si concentrarono nell'ampliare e potenziare le strutture già esistenti, opere che permettevano anche un utilizzo propagandistico e immediatamente visibile di tali operazioni; limitandosi spesso ad interventi sanitari emergenziali (Schirripa, Vulpiani 2000; Last, Chavunduka 1986; Maclean 1986).

A tali programmi non erano estranee organizzazioni internazionali come l'OMS, che basava i progetti d'aiuto e cooperazione sull'impianto della biomedicina all'interno di rapporti che continuavano ad essere fortemente sbilanciati.

Bernardi (1998: 21) afferma che negli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso era più corretto parlare di imposizione degli aiuti che di progetti di cooperazione. I rapporti di donazione si svolgevano a livello ministeriale senza il coinvolgimento delle popolazioni, visto il monopolio occidentale dei saperi e delle tecniche, divenendo di fatto atti di vero e proprio neocolonialismo.

La visione proposta ad Alma Ata è un progetto ad ampio raggio che mette in luce la necessità del coinvolgimento delle comunità locali nella gestione e propone un'azione più conscia del tessuto sociale. Sembra voler utilizzare un'azione combinata di forze locali, nazionali e internazionali per portare alle popolazioni più disagiate l'accesso a cure di base legate al contesto sociale. Un obiettivo

animato da interesse umanitario che sembra voler superare la logica degli aiuti emergenziali. Nella stessa ottica di coinvolgimento si pone l'apertura verso gli operatori tradizionali, una cooptazione certo, ma che pone le basi per una collaborazione tra sistemi di cura. Altre ragioni però hanno contribuito al riconoscimento delle medicine altre in Africa, come la difficoltà di sostenere i costi della biomedicina e il peso degli aiuti percepito da alcuni come un limite al mercato (Miles et al. 2002). Con tutti i suoi limiti e ambiguità, la PHC segna una svolta nel riconoscere il ruolo delle comunità e delle loro risorse di cura, superando l'ottica assistenzialista. Le medicine tradizionali non sono più viste solo come retaggio del passato, ma come potenziale endogeno da valorizzare all'interno di sistemi sanitari più equi e partecipati.

2.3.2 Il dopo Alma Ata

I primi sforzi di espandere la PHC sono stati rallentati, in molti Paesi in via di sviluppo, a causa di crisi economiche che hanno comportato riduzioni della spesa pubblica. L'instabilità politica e un approccio alla salute che è in gran parte rimasto emergenziale hanno ulteriormente contribuito alla ridefinizione dei *millennial goals*. Gli obiettivi sociali e politici di Alma Ata provocarono presto una contrapposizione ideologica e non sono mai stati pienamente abbracciati in quei Paesi maggiormente orientati al libero mercato.

Molte agenzie internazionali, inoltre, hanno cercato risultati veloci e tangibili, piuttosto che cambiamenti politici implicanti il concetto originale di assistenza sanitaria primaria. Si è spesso ricercato un intervento veloce con pacchetti a basso costo come: il monitoraggio infantile, la reidratazione orale, la promozione dell'allattamento al seno, le vaccinazioni, l'istruzione femminile, gli strumenti di family planning e gli integratori alimentari. L'inaccessibilità geografica, le risorse

limitate, un irregolare afflusso di medicinali, la carenza di attrezzature e personale hanno reso i servizi di PHC limitati nella loro copertura e nel loro impatto sulla popolazione. Questo, insieme alla proliferazione di iniziative verticali anziché comunitarie e che guardavano ai problemi globali più che alle necessità locali, ha distorto e indebolito alcuni aspetti fondanti della dichiarazione di Alma Ata.

L'accessibilità rimane la sfida principale. Molti Paesi stanno varando piani che forniscono fondi o buoni per aumentare l'accesso a particolari servizi, altri tentano di creare un accesso equo monitorando risultati dei servizi offerti ed elargendo incentivi ai fornitori. Ma il costo di queste operazioni fa sì che probabilmente, nei Paesi a basso e medio reddito, la maggior parte dell'assistenza medica primaria continuerà ad essere fornita da organizzazioni private e non governative.

Un altro fattore di indebolimento dei progetti di salute per tutti è stato l'ingresso di un importante attore nell'arena degli aiuti: la Banca Mondiale. Con l'ingresso dell'istituto di credito, che in un suo report del 1993 evidenziava la necessità di investimenti mirati e oculati nel campo degli aiuti sanitari, si va a modificare l'universalismo delle dichiarazioni di Alma Ata virando verso l'utilizzo di risorse e piani che abbiano una maggiore efficienza in termini di costi-benefici. Di fatto riducendo lo scopo delle organizzazioni come l'OMS a quello di ente regolatore e inserendo a pieno titolo gli interventi sanitari in un'analisi di mercato che mirava a salvaguardare gli investimenti, mutilando nel concreto l'ampiezza e l'efficacia di molti interventi (Janes 2009) che diventano così limitati, emergenziali e localizzati. Le direttive della World Bank e il cambiamento nelle politiche dell'OMS che ne derivano erano figlie dei fallimenti dei precedenti approcci che abbiamo definito *magic bullet*, o *silver platter* e che avevano causato una perdita di fiducia nei programmi dell'OMS con una conseguente diminuzione dei fondi. I cambiamenti miravano quindi ad aprire alla compartecipazione del privato e a diverse NGOs (Cueto 2013).

Se inizialmente le iniziative sanitarie a livello internazionale erano prevalentemente gestite dai governi nazionali, con il supporto e il coordinamento della *World Health Organization*, erano ancora i singoli Stati a dettare la linea e il *budget* di questi interventi (Biehl 2013). I *Millenial Goals* portarono alla creazione di nuovi modelli di cooperazione e intervento permettendo e ampliando l'influenza del settore privato nella salute pubblica globale. Le iniziative umanitarie e lo sviluppo dei sistemi sanitari si sono legati sempre più al settore privato avvalendosi e adeguandosi alle logiche tecniche e operative di quest'ultimo (Cueto 2013). Si è assistito così alla nascita e alla proliferazione di un arcipelago di enti governativi e non, di aziende farmaceutiche e di organizzazioni filantropiche che sono entrate a pieno titolo nei processi decisionali e di implementazione delle iniziative sanitarie. Questi gruppi stanno creando nuovi standard per le risposte istituzionali e talvolta forniscono risorse sanitarie che sono al di là della portata dei singoli Governi ridefinendo i ruoli e le politiche della salute.

La scienza medica continua a contribuire significativamente alle metriche dell'epidemiologia e della farmacologia che a loro volta giocano un ruolo determinante nel plasmare la progettazione, la scelta di dove e verso chi intervenire e il modo in cui i progetti sanitari vengono attuati e ne viene misurato il successo. In un periodo più recente in cui la disponibilità dei fondi statali ed internazionali ha visto frequenti contrazioni la tendenza ad organizzare le operazioni di *Global Health* sulla base di schemi di valutazione statistici basati su *Randomized Control Studies* (RCT) è andata sempre più aumentando (Adams 2013).

In evoluzione sui fallimenti delle precedenti iniziative e in luce dell'avvenuta riduzione degli scopi della missione di aiuto sanitario, dalla fine degli anni Novanta comincia a nascere la necessità di un approccio globale e generale al problema delle esigenze sanitarie dei singoli Paesi di fronte a problemi che sempre

più esulano dalla capacità di azione di forme statuali isolate. I nuovi sforzi per una *Global Health* sembrano nuovamente cercare di ridare spazio all'universalismo degli anni Ottanta, facendosi carico di una visione globale e non locale sia nello sviluppo della ricerca che nell'azione su una scala più ampia nella risoluzione dei problemi legati al mondo sanitario inserendoli in dinamiche sociali, economiche e ambientali interconnesse.

Benatar (1998) evidenzia però come il progresso della tecnica medica e il nuovo afflato sociale degli interventi sanitari, pur migliorando drasticamente la salute di molti, abbia anche avuto impatti negativi che rispecchiano la crescente disuguaglianza tra ricchi e poveri a livello globale. L'eccessiva enfasi sulla razionalità economica ha avvicinato l'assistenza sanitaria all'industria commerciale concentrata su un ritorno economico.

L'autore suggerisce che il modello diseguale e costoso dell'assistenza sanitaria guidata dal mercato negli Stati Uniti funga da esempio per le nazioni in via di sviluppo che cercano di costruire o implementare i loro sistemi sanitari finendo per peggiorare le già estreme disparità sanitarie globali.

2.4 Public Health a Bidibidi

L'erogazione dei servizi di cura e prevenzione a Bidibidi è frutto di un complesso intreccio di enti statali ed internazionali che vedono l'avvicinarsi e sovrapporsi di organizzazioni locali e non solo, sotto l'egida di due principali interlocutori. Lo Stato ugandese da un lato, sotto l'egida dell'*Office of Prime Minister for Refugees* e il *Minister of Health* (MoH) e dall'altro l'*High Commissioner for Refugees delle Nazioni Unite* (UNHCR).

I rifugiati che risiedono nei settlement beneficiano delle misure umanitarie coordinate dall'OPM e dall'UNHCR, in collaborazione con le agenzie e i partner delle Nazioni Unite. Queste azioni mirano a garantire un accesso equo ai servizi sanitari di qualità e a promuovere una convivenza armoniosa tra i rifugiati e le comunità ospitanti. Nel contesto dei centri di accoglienza, molte delle esigenze immediate dei rifugiati e delle comunità ospitanti vengono soddisfatte attraverso un sistema parallelo di assistenza che mira a destinare in forme codificate i fondi e le attività per l'intervento sanitario non solo alle comunità di rifugiati, ma anche alle comunità ospitanti, cercando così di accrescere i servizi e lo sviluppo di infrastrutture in tutta la zona di accoglienza. Tuttavia, per quanto riguarda i rifugiati che vivono nelle aree urbane, o che si sono insediati autonomamente nelle comunità ospitanti, le necessità sanitarie sono a carico del sistema sanitario nazionale. Ciò crea una carenza di risorse per la fornitura dei servizi sanitari, che deve essere affrontata attraverso fondi ulteriori. Per cercare di fornire a tutti il diritto di godere degli standard più elevati di salute fisica e mentale, incluso il diritto di essere liberi dalla fame e dalla malnutrizione, nonché di avere accesso ad acqua potabile pulita e sicura, l'Uganda si impegna a fornire ai rifugiati l'accesso libero ai servizi sanitari pubblici in forme equivalenti a quelle offerte alla popolazione locale¹¹. Tuttavia, un accesso non equo alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie, ai trattamenti o ai servizi di riabilitazione, specialmente quando i modelli di malattia sono simili in base al livello socioeconomico tra le due comunità e alla posizione geografica, mina il principio di accesso a servizi sanitari di qualità per entrambe le popolazioni. In alcune zone, i servizi sanitari offerti ai rifugiati possono essere più adeguatamente finanziati rispetto a quelli offerti alle comunità ospitanti. Questo crea uno squilibrio che

¹¹ Come visto precedentemente il Sistema Sanitario Nazionale porta con sé numerose criticità e spesso, soprattutto nei distretti con meno disponibilità economica non è in grado di reggere l'ulteriore peso imposto dalla presenza dei rifugiati, aumentando così la sua dipendenza da aiuti esterni.

destabilizza il sistema sanitario locale, generando movimenti di personale e accentuando le disuguaglianze nell'accesso alle cure, creando così un terreno fertile per i conflitti tra le due comunità.

L'accesso alla sanità per i rifugiati è una questione di cruciale importanza, che richiede un'attenzione particolare nel contesto dei rifugiati sud-sudanesi in Uganda e nel campo profughi di Bidibidi: come vedremo nel prossimo capitolo infatti esiste una formalità dell'accesso alla cura basato sulle leggi e sugli interventi messi in atto dallo Stato ugandese e UNHCR e una realtà dei fatti che si costruisce sulla realtà materiale del campo e sulle percezioni e aspettative dei rifugiati. L'Uganda ha negli anni costruito un'importante reputazione per la sua politica di accoglienza dei rifugiati, offrendo loro protezione e accesso ai servizi di base, tra cui l'assistenza sanitaria. Tuttavia, nonostante gli sforzi del governo e delle organizzazioni umanitarie, i rifugiati sud sudanesi in Uganda continuano ad affrontare numerose sfide nel loro accesso ai servizi sanitari. Il campo profughi di Bidibidi è diventato uno dei più grandi al mondo, ospitando centinaia di migliaia di rifugiati sud sudanesi fuggiti dal conflitto nel loro Paese d'origine. L'alto numero di persone nel campo ha posto un'enorme pressione sul sistema sanitario esistente, che si è trovato ad affrontare limitate risorse e sovraffollamento. Questi fattori hanno creato condizioni sfavorevoli per la salute dei rifugiati, aumentando il rischio di diffusione di malattie e rendendo difficile fornire assistenza medica adeguata a tutti coloro che ne hanno bisogno. Una delle principali sfide che i rifugiati affrontano è la diffusione di malattie trasmissibili, come il colera, la malaria e le infezioni respiratorie acute. Già nel 2015, prima dell'enorme flusso che ha portato alla creazione di Bidibidi, Yayi et al. (2015) notavano come la regione del West Nile riportasse ogni anno da uno a due focolai di epidemie come: colera, meningite meningococcica, peste, morbillo ed epatite E, concludendo che le comunità di rifugiati erano un fattore di rischio chiave per le epidemie nella regione. Queste malattie sono spesso causate da condizioni igieniche precarie,

mancanza di acqua pulita e servizi igienici inadeguati, che sono comuni nel contesto dei campi profughi sovraffollati. L'accesso a cure mediche tempestive e adeguate diventa quindi una priorità cruciale per prevenire la diffusione di queste malattie e garantire il benessere generale dei rifugiati. Oltre alle malattie trasmissibili, ci sono anche altre sfide sanitarie che i rifugiati sud sudanesi devono affrontare. Ad esempio, molte persone fuggono dal conflitto con ferite da arma da fuoco, traumi fisici e problemi di salute mentale. È essenziale fornire servizi sanitari specializzati per gestire tali condizioni e garantire che i rifugiati abbiano accesso a cure adeguate e a lungo termine. Tuttavia, la scarsità di personale sanitario qualificato e di strutture mediche adeguate nei campi profughi rende difficile soddisfare tutte le esigenze mediche.

Nel *settlement* di Bidibidi, l'accesso ai servizi sanitari è una sfida significativa a causa delle risorse limitate e delle enormi necessità. La valutazione dell'efficacia nell'utilizzo delle risorse disponibili per soddisfare le necessità sanitarie dei rifugiati è un aspetto critico per garantire una risposta sanitaria adeguata e ottimizzare l'impatto dei servizi sanitari nel contesto del campo profughi. Questa valutazione implica un'analisi dettagliata delle risorse finanziarie, logistiche e umane impiegate per fornire assistenza sanitaria ai rifugiati.

Dal punto di vista finanziario, è essenziale valutare come le risorse finanziarie vengano allocate e gestite per soddisfare le necessità del *settlement*. Ciò include l'analisi del finanziamento disponibile da parte dei governi, delle organizzazioni umanitarie, dei donatori e delle agenzie delle Nazioni Unite, nonché la trasparenza e l'efficienza nell'utilizzo di tali risorse. È importante valutare se le risorse finanziarie siano sufficienti per affrontare le sfide sanitarie nel campo e se vengano utilizzate in modo efficace per garantire l'accesso ai servizi sanitari essenziali. In termini logistici, la valutazione dell'efficacia nell'utilizzo delle risorse si concentra sulla disponibilità e sull'accessibilità di attrezzature mediche, farmaci e forniture sanitarie nel campo. Questo include l'analisi della capacità delle strutture mediche

di soddisfare la domanda di servizi sanitari, compresi i letti, le apparecchiature diagnostiche e terapeutiche, nonché i materiali e i dispositivi medici necessari. Dal punto di vista umano, è fondamentale valutare se il personale sanitario disponibile nel campo di Bidibidi sia adeguato in termini di numero, competenze e formazione. Ciò include l'analisi del rapporto tra il personale sanitario e il numero di rifugiati, la qualità delle competenze del personale, la formazione continua e la capacità di gestire le sfide mediche specifiche dei rifugiati nel campo. Tutti questi fattori sono inoltre influenzati non solo dalle dinamiche interne della migrazione locale e dalla capacità di efficacia e resilienza del sistema medico ugandese, ma anche da trend economici, politici e sanitari a livello globale.

L'esperienza sul campo ha inoltre portato ad identificare alcune crucialità, portando alla luce molti limiti dell'approccio dei programmi di prevenzione delle malattie e di promozione della salute nel *settlement* di Bidibidi. Questi limiti possono essere compresi considerando le dimensioni culturali, sociali e contestuali dell'intervento sanitario. Un limite potenziale è la mancanza di una comprensione approfondita delle pratiche culturali, delle credenze e delle concezioni locali sulla salute e l'igiene. L'approccio alle sfide sanitarie spesso non tiene conto delle pratiche e delle credenze locali, che sono radicate in una specifica visione del mondo e della salute. Ciò limita, di fatto, l'efficacia delle campagne di prevenzione delle malattie e di promozione della salute non tenendo conto delle pratiche culturalmente appropriate e delle dinamiche di potere all'interno della comunità. Le disuguaglianze sul piano decisionale nella distribuzione delle risorse e nella rappresentazione delle voci dei rifugiati influiscono sulla legittimità e sull'efficacia dei programmi di prevenzione delle malattie non promuovendo una partecipazione significativa e un coinvolgimento attivo dei migranti nel processo decisionale, nonostante gli importanti sforzi compiuti da UNHCR per coinvolgere i rifugiati a più livelli nella gestione del *settlement* e nei programmi di informazione sanitaria. Le dinamiche sociali all'interno del campo, comprese le gerarchie sociali, le reti di

potere e le strutture familiari mostrano delle disuguaglianze di genere, delle disparità di accesso alle risorse sanitarie o le barriere culturali e linguistiche che influenzano la partecipazione e l'adesione ai programmi di prevenzione delle malattie.

L'accesso alla sanità da parte dei rifugiati non può, inoltre, prescindere dall'analisi della sostenibilità a lungo termine dei programmi di prevenzione delle malattie nel contesto del campo profughi. La disponibilità di risorse finanziarie, logistiche e umane potrebbe essere limitata nel tempo. La dipendenza da finanziamenti esterni e la mancanza di risorse locali potrebbero compromettere la continuità dei programmi e la loro capacità di adattarsi alle mutevoli esigenze dei rifugiati.

Gli interventi che vengono erogati nel *settlement* di Bidibidi variano molto nel tempo sia a causa dell'andamento altalenante e ricorsivo delle situazioni di emergenza dovute al ripetuto accendersi di focolai di violenza in Sud Sudan con conseguente variazione della popolazione del campo; sia a causa delle risorse non sempre costanti fornite dallo Stato o dai fondi internazionali sia a causa di emergenze sanitarie globali come avvenuto durante la pandemia di Sars Covid-19. La stessa presenza delle organizzazioni internazionali è soggetta a variazioni dovute ai motivi sopracitati: un taglio dei fondi internazionali nel 2018-19 e la pandemia hanno infatti provocato la scomparsa degli interventi di alcune organizzazioni minori, come ad esempio *Real Medicine Foundation Uganda*, o hanno creato le condizioni di difficile accessibilità e la necessità di reindirizzare risorse e personale verso altri contesti.

Nel 2016 durante il picco dell'afflusso di rifugiati che provocherà la nascita del *settlement*, quando arrivavano migliaia di rifugiati al giorno, in fuga dalla violenza e dalla guerra gli interventi furono per loro natura emergenziali mirati a gestire la mole di persone in arrivo e provvedere ai loro bisogni primari. Molti di loro non avevano dove stare, erano feriti o malati, non avevano strutture dove dormire o per

ripararsi da sole e pioggia. Il personale e gli strumenti di cui disponeva il personale sanitario erano a quel tempo pochissimi e inadeguati.

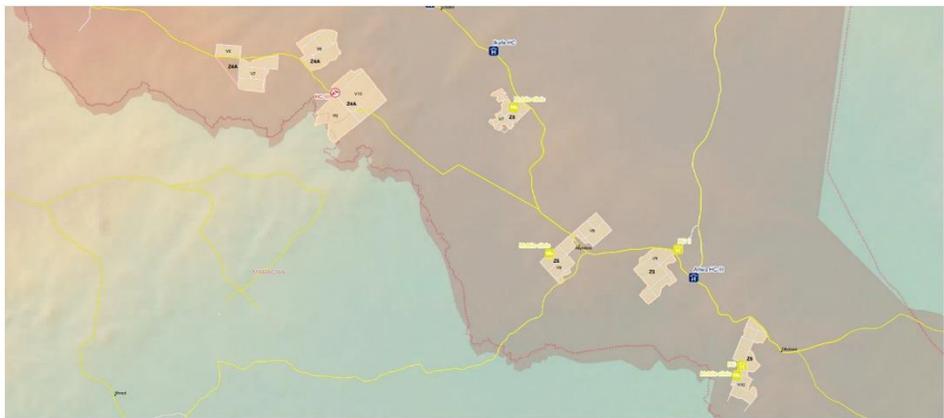
«Eravamo io e mia nonna, e i miei quattro cugini. In quei giorni ci avevano messi insieme a tante altre persone in quello che adesso è il centro di smistamento dei nuovi arrivati. Avevamo una coperta e poco più. Ci eravamo portati del cibo ma quello era finito durante il viaggio. UNHCR aveva costruito dei ripari e ci dava cibo e acqua ma non erano molti. Quando c'era il sole non era facile ripararsi e quando pioveva era peggio. Molti di noi dormivano per terra. C'era troppa gente. Solo dopo hanno cominciato a costruire i ripari e le strutture che vedi. Quelli coi teloni UNHCR. Questo prima che ci smistassero ».¹²

Così mi sono stati descritti quei primi giorni e mesi del 2016, le condizioni di vita e sanitarie non erano semplici, le risorse limitate e inadeguate a gestire la situazione. Bisogna dire che la risposta è però stata repentina e in gran parte efficace.

Già nel 2017, a meno di un anno dal culmine dell'emergenza, le strutture del settlement erano sufficientemente organizzate per provare a gestire i bisogni della popolazione. Medici Senza Frontiere riporta che nel 2017 nelle 5 zone del campo si potevano contare 30 *Health Center* di livello III, cioè quelli che hanno personale medico qualificato in sede e alcuni strumenti diagnostici, di questi 30: cinque erano in gestione al servizio sanitario nazionale ugandese compreso l'*Health Center* di Yumbe che si trova fuori dal campo e fungeva da primo punto di *referral* per i pazienti più gravi, tre erano gestiti dalla stessa MSF, otto erano in gestione dell'*International Rescue Committee* (IRC), quattro da *Medical Teams International* (MTI) localizzati soprattutto nella Zona 3 del campo, e sette erano

¹² Intervista a M. D. del 2021, Yoyo Village 3, Bidibidi.

gestiti da *Real Medicine Foundation Uganda*. Oltre a questi *Health Center* vi erano inoltre una decina di *mobile clinic* dedicate ad eventi vaccinali e all'*outreaching* nei villaggi più distanti o per raggiungere quella parte della popolazione impossibilitata a muoversi per raggiungere i centri sanitari.



SOURCES

Places : OSM
 Health facilities : MSF - UNHCR
 Roads : OSM - MSF
 Camp admin divisions : MSF - UNHCR
 Admin borders : OCHA
 Elevation data : SRTM

PROPERTIES

Document name :
 UGA_Bidibidi_HealthFac_SuperA0L_20170317
 Creation date : 3/17/2017
 Created by :
 msf-jumba-gis@paris.msf.org
 Print format : A0 Portrait
 Confidentiality : Public

SCALE

1:35,000 1 cm = 0.35 km
 0 0.5 1 2 km



GIS Unit

Find more maps on
mapcentre.msf.org

Questi centri avrebbero dovuto fornire assistenza sanitaria di base, tra cui cure e supporto per la maternità, pediatria e controllo della malnutrizione infantile, vaccinazioni e pianificazione familiare, sia negli ambulatori tramite visite o ricoveri sia tramite visite domiciliari (Malumba 2010). In caso di gravi condizioni mediche o chirurgiche, i pazienti sono indirizzati agli ospedali governativi del distretto che ospita i rifugiati. Nel caso di Bidibidi questo era il *Referral Hospital* di Arua distante circa 90 km, una distanza da percorrere ancora oggi in gran parte su strade sterrate.

La frammentazione degli interventi umanitari tra le diverse agenzie partner di UNHCR e UNICEF rende difficile determinare con precisione il numero di operatori sanitari presenti nel settlement. Nonostante ciò, da quanto emerge dalle testimonianze dei rifugiati e degli stessi operatori sanitari con cui sono entrato in contatto, il biennio 2017-2018 ha visto il maggior afflusso di aiuti e personale con un incremento delle risorse umane e materiali destinate all'assistenza sanitaria. Questi numeri sono però andati scemando negli anni nonostante la qualità delle strutture sia cresciuta, non sempre però la disponibilità di materiali, mezzi diagnostici e farmaci è aumentata di pari passo. Anzi gli anni 2018-19 hanno visto una forte riduzione dei fondi a disposizione degli aiuti umanitari, quando le accuse di gestione sbagliata dei fondi UNHCR hanno causato un forte calo nell'afflusso di donazioni. Nel *The Integrated Response Plan for Refugees from South Sudan* UNHCR e il governo ugandese riportavano che il livello di finanziamento per la risposta dei rifugiati in Uganda aveva visto riduzioni, a ottobre 2018, quasi del 60% rispetto all'anno precedente.

Come precedentemente affermato questo ha fatto sì che quasi tutte le attività venissero ridotte per scopo e personale, e alcune si ritirassero completamente dal campo.

Ne è un esempio il caso di *Real Medicine Foundation Uganda*, che era il

partner primario di UNHCR per l'assistenza sanitaria a Bidibidi dal 2016 fornendo servizi sanitari a 400.000 tra rifugiati e la popolazione ospitante¹³ (Liebling et. al. 2020). Nel 2019 avevo seguito con un loro gruppo di lavoro alcune iniziative che andavano dalla misurazione del grado di malnutrizione dei bambini sotto i due anni, campagne vaccinali contro il morbillo e il papilloma virus ed eventi di *testing* e informazione sulle malattie sessualmente trasmissibili. Avevo seguito queste attività nella Zona 3 del *settlement*, ma altri gruppi erano attivi in quasi tutte le Zone del campo e RMF citava all'attivo più di trenta presidi sanitari. Già verso metà anno però il personale cominciava a temere forti tagli. A fine anno la maggior parte degli operatori di RMF con cui ero entrato in contatto era stata licenziata o riassegnata ad altre funzioni o regioni del Paese¹⁴.

Il 2020 e il 2021 sono stati altri due anni estremamente complessi per la sanità nel *settlement* e per la qualità e quantità dei fondi ricevuti dai donatori internazionali. Da un lato l'emergenza pandemica ha portato all'afflusso di donazioni per contenere l'avanzata del virus, e il governo ugandese ha cercato di mettere in atto azioni per aumentare l'erogazione di cibo ai rifugiati, rendendo inoltre disponibile la vaccinazione ai rifugiati in tempi prioritari; dall'altro, sia le donazioni che i servizi che queste potevano provvedere si sono ridotte e sono state indirizzate quasi esclusivamente alla gestione della pandemia. A causa di questa situazione, il servizio sanitario nazionale già sotto forte pressione non è riuscito sempre a provvedere alle esigenze sanitarie del *settlement*. Gran parte del personale internazionale era infatti tornato nel Paese d'origine, mentre quello locale era tornato dalle proprie famiglie o era stato cooptato per altri servizi. Inoltre, dalle evidenze di campo è emerso che una parte consistente del personale sanitario si è ammalata di Covid-19 dovendo così assentarsi per periodi prolungati.

Il 2022 ha visto il protrarsi di queste criticità, sia a livello di finanziamenti

¹³ Questi numeri si riferiscono agli anni 2017-2018.

¹⁴ Ad oggi Real Medicine Foundation è citata ancora come partner da UNHCR a Bidibidi; tuttavia, sul loro sito istituzionale i report delle azioni nel campo si fermano al 2019.

disponibili che, per quanto riguarda i servizi che l'amministrazione del campo è stata in grado di fornire. Se lavori importanti di elettrificazione dei villaggi principali erano stati iniziati e si era in procinto di inaugurare un nuovo *Health Center IV* appena fuori Yumbe che potesse fungere da centro di referral immediato, la situazione degli operatori sanitari sembrava invariata, nonostante il ritorno del personale internazionale. Inoltre, l'approvvigionamento di farmaci risultava intermittente e la prolungata carenza di fondi aveva portato ad una crisi profonda nella distribuzione degli aiuti alimentari, aggravata ulteriormente dalla siccità che stava colpendo la regione minando le capacità dei rifugiati di sopperire attraverso l'agricoltura. Un'altra criticità spesso evidenziata dal personale sanitario del *settlement* è la carenza di mezzi di trasporto. Mentre le organizzazioni non governative hanno alcune jeep o mezzi personali, le ambulanze continuano ad essere poche rispetto al numero di pazienti che ne avrebbero necessità. Nel 2022 nella Zona 3 del campo, a fronte di una popolazione di circa 55.000 abitanti, le strutture sanitarie potevano disporre di due ambulanze che venivano utilizzate principalmente per lo spostamento dei pazienti più gravi verso i *referral hospital*; nella maggior parte dei casi minori, i rifugiati dovevano quindi ricorrere a mezzi privati per portare i propri degenti ai centri sanitari.

Insieme al personale nazionale e internazionale, UNHCR ha creato una rete di sensibilizzazione e monitoraggio che forma e utilizza gli stessi rifugiati. I *Village Health Team* (VHT) sono composti infatti da membri volontari della popolazione rifugiati che, dopo aver svolto un periodo di formazione presso una delle organizzazioni, svolge nel *settlement* varie funzioni: quella di informare gli altri rifugiati riguardo ai comportamenti sanitari corretti, informarli delle iniziative che verranno svolte, mobilitare i propri connazionali per partecipare alle attività di *screening* e partecipare come traduttori e facilitatori a queste attività. Inoltre, grazie alla formazione ricevuta questi volontari dovrebbero essere in grado di riconoscere e segnalare i casi di malattia in maniera tempestiva e indirizzare i

malati verso gli *health center* o permettere al personale di sanitario di mobilitarsi con alacrità. È interessante notare come circa un terzo dei VHT da me incontrati fossero in possesso di conoscenze mediche ‘tradizionali’, soprattutto di farmacopea fitoterapica¹⁵. E se non tutti loro si definivano guaritori, sicuramente attribuivano a queste conoscenze, in combinazione con il *training* ricevuto, la capacità di individuare le persone malate e in molti casi di elaborare una diagnosi preventiva da poi sottoporre al personale sanitario.

Ovviamente tra gli indicatori di salute e tra i fattori di rischio non c’è solamente l’accessibilità alle cure. Dalle statistiche di UNHCR per il 2020, 2021, 2022¹⁶ emerge che la popolazione censita del *settlement* ha avuto una tendenza di crescita costante, dopo i cospicui movimenti di rientro in Sud Sudan dovuti alla pandemia; nel 2022 la popolazione di Bidibidi ammontava a 246.000 rifugiati. A questa popolazione servono azioni e aiuti ad ampio raggio per garantire una vita sana e un’adeguata assistenza sanitaria. Gli interventi messi in campo dall’Uganda e da UNHCR ed i suoi partner mirano ad incrementare le condizioni igieniche generali della popolazione, a garantire un accesso a uno stabile approvvigionamento di cibo e acqua pulita, vestiti, riparo, servizi di assistenza alla maternità e campagne di prevenzione vaccinale e di informazione sui rischi sanitari, strumenti di family planning e assistenza alle vittime di violenza (*Gender-based Violence* in particolare); ma anche la possibilità di reperire sapone, combustibili, oggetti di uso quotidiano e zanzariere.

L’accesso all’acqua rimane insieme alla necessità di cibo uno dei bisogni primari e non sempre facilmente soddisfatti. Nei primi mesi dopo l’avvio del *settlement* la maggior parte dell’acqua necessaria per gli abitanti veniva portata tramite camion

¹⁵ Questo dato, circoscritto dalla mia esperienza personale in una delle Zone del *settlement*, potrebbe essere viziato dal fatto che io stessi attivamente ricercando agenti della cura fitoterapica. Rimane però interessante notare come la funzione abbia attirato e incorporato anche queste figure.

¹⁶ Infografiche di UNHCR consultate su Reliefweb (<https://reliefweb.int/>)

cisterna; in seguito importanti lavori sono stati fatti per scavare pozzi, installare pompe dell'acqua e creare una rete idrica di torri piezometriche e cisterne di accumulo. Tuttavia, a causa della scarsità d'acqua per lunghi periodi nella zona e per il peso che la presenza del settlement porta sulle preesistenti infrastrutture, fino al 2019 si è dovuto continuare a dipendere dalle autocisterne. La decisione di sospendere l'apporto di acqua su ruota fu presa a fine 2019, ma poco dopo si dovette ricominciare ad approvvigionare il campo anche tramite questi mezzi (UNHCR, 2020). Secondo il report *Food Security and Nutrition Assesment in Refugee Settlements and Kampala* redatto dallo Stato ugandese, nel 2020 gran parte dei rifugiati lamentava non tanto una carenza di acqua quanto una difficoltà di approvvigionamento, soprattutto nella stagione secca; il basso livello della falda acquifera faceva sì che le pompe non riuscissero sempre a pescare l'acqua dai pozzi e che l'acqua fosse disponibile in orari limitati, creando quindi lunghe code per l'approvvigionamento. Ogni stagione secca crea problemi con la reperibilità dell'acqua, ma nel 2022, durante uno dei miei soggiorni nel campo, il ritardo prolungato della stagione delle piogge aveva portato all'interruzione dell'erogazione in alcune zone del settlement dove l'acqua non era stata reperibile ripetutamente anche per più giorni consecutivi.

Nel rapporto viene inoltre sottolineato come l'approvvigionamento di cibo sia andato sempre più scarseggiando, in conseguenza principalmente del taglio dei fondi. La maggior parte delle famiglie a cui era stato somministrato un questionario per il report riportava come le razioni fossero andate diminuendo negli anni, come la varietà degli alimenti somministrati fosse considerevolmente diminuita e come spesso le consegne fossero in ritardo. Durante il mio soggiorno di campo questo era diventato particolarmente evidente. I camion con il cibo erano spesso in ritardo di settimane e la quantità ridotta, anche a causa di un recente censimento che aveva ridimensionato il numero di persone pertinenti ad ogni singola famiglia e conseguentemente la quantità di cibo spettante. Inoltre, il cibo è

collegato ad altre due elargizioni: quella del sapone e di materiale combustibile. Il sapone dato alle famiglie negli anni è andato diminuendo drasticamente e spesso non veniva consegnato anche per mesi. Il combustibile per cucinare invece scarseggia a causa della forte deforestazione causata da centinaia di migliaia di persone risiedenti nell'area, costringendo così i rifugiati a comprare carbone da fonti esterne. Questo costringe molti rifugiati a vendere parte delle loro razioni per comprare sapone e carbone.

Per compensare la carenza di razioni insufficienti di cibo, sono stati intrapresi programmi di erogazione monetaria, ma le somme erogate non sono sufficienti e non riescono quasi mai ad adeguarsi all'aumento dei prezzi di mercato. Ferguson (2010; 2015) riflette su come, oltre a coprire i buchi di un sempre più carente sistema di aiuti, le donazioni dirette di denaro rispondano anche ad un cambiamento globale dell'idea di aiuto e sussidio. Enti internazionali, come la World Bank, che fino a pochi anni fa rifuggivano l'idea di donazioni in denaro sembrano aver aperto le porte a questa nuova forma di *welfare*. Soprattutto nei contesti umanitari, i programmi che forniscono trasferimenti di denaro in situazioni di carenza di cibo e di soccorso hanno sviluppato modi innovativi di sostituire doni paternalistici di beni in natura con redditi in denaro che i beneficiari possono utilizzare per coprire un'ampia gamma di esigenze. Inoltre, l'erogazione di denaro rientra maggiormente in un'ottica quantificabile di sperimentazione e controllo degli interventi. Se però queste erogazioni rientrano in uno *shift* di paradigma più ampio, nel *settlement* sembrano avere un utilizzo più emergenziale oltre che uno scarso risultato dove la stessa possibilità di spendere il denaro ricevuto è limitata dalla distanza geografica e sociale dalle fonti di approvvigionamento.

A seguire l'andamento altalenante delle erogazioni di aiuti internazionali sono anche i sussidi alla maternità e gli integratori alimentari per l'infanzia. Uno dei

programmi d'aiuto a più ampio raggio introdotto da UNICEF, *World Food Programme* (WFP) e numerosi partner tra cui il principale è *Action Against Hunger* è infatti quello di controllo della malnutrizione infantile e dei sussidi alimentari alle madri in allattamento e ai bambini sotto i due anni. Considerato un programma di successo nel report del 2020, anche questo intervento è influenzato dalla carenza di cibo, in quanto spesso gli integratori per i neonati vengono venduti per ottenere alimenti per gli altri membri della famiglia.

Infine, il *Food Security and Nutrition Assessment* del 2020 cita come nonostante la distribuzione e la disponibilità di zanzariere, indispensabile per il contenimento della malaria, sia da considerarsi a livelli accettabili, cioè, rientri in una media di due persone per zanzariera, i casi singoli possono variare fortemente soprattutto nelle famiglie più numerose. E come sia sempre più difficile per i rifugiati ottenere i prodotti per il trattamento chimico di queste zanzariere.

Questi interventi sono spesso frutto di buone intenzioni che si devono poi scontrare con la mancanza di fondi e con la difficoltà di attuazione in un campo, reale, che quasi mai corrisponde a quello immaginato in fase di progettazione. Le difficoltà dei progetti internazionali di *Public e Global Health* rimangono evidenti nel loro calarsi nella materialità del *settlement*. Oltre a quelli strutturali che abbiamo elencato precedentemente persistono problemi di un retaggio allo stesso tempo moderno ed arcaico: se i rifugiati vengono spesso visti dalle organizzazioni sanitarie come numeri, in virtù della possibilità e 'necessità' di quantificare gli effetti degli interventi sanitari (Adams 2013), allo stesso tempo bisogna chiedersi quale sia questo 'pubblico' a cui gli interventi di salute globale si rivolgono.

Marsland (2014) si interroga sulla differenza tra 'pubblico' (*public*) e 'popolazione' (*population*): le popolazioni sono la preoccupazione e il prodotto di un governo che si concentra sul benessere i propri cittadini, il miglioramento della

loro condizione, della loro salute. Le popolazioni sono interpretate principalmente come corpi. I pubblici, invece, hanno un'*agency*. Nella sanità pubblica, il concetto di popolazione è importante per qualsiasi intervento sanitario: i corpi devono essere igienici, sani, produttivi e docili. Se i funzionari della sanità pubblica sono interessati alle menti, è soprattutto per indurre la conformità o la docilità nell'interesse del benessere. Questi corpi non hanno vita politica; sono unità, sono omogenei. Se il termine *Public* in Salute Pubblica indicava la Società di un determinato Stato Nazione attribuire tale termine ai residenti di *Bidibidi* risulta difficile. Non si tratta infatti di cittadini dello stato che li ospita e nonostante le leggi sull'accoglienza in Uganda diano loro accesso ad alcuni diritti. Come vedremo nel prossimo capitolo, i rifugiati nel *settlement* di Bidibidi vengono di volta in volta visti e trattati come una 'popolazione' da curare e in contrasto loro cercano di ritrovare la propria *agency* e di porsi come un 'pubblico'. All'interno del sistema di gestione sanitaria del campo, all'interno dei buchi nella trama della cura sono vive forme di saperi medici altri; non si tratta di semplici 'sopravvivenze' di un sapere antico che riemerge nell'assenza della tecnica medica, ma di saperi vivi, ibridi e in evoluzione che non si limitano a offrire cure alternative. Le pratiche e i saperi dei guaritori tradizionali intervengono nel mondo della cura caricandolo di significati che esulano dal solo aspetto epidemiologico, ma lo inseriscono nella sfera più ampia delle sofferenze e delle istanze dei rifugiati. Nel ripensare la sofferenza attraverso l'evento malattia si pongono anche come istanze politiche che rigettano la collocazione di *bare life*. I variegati itinerari terapeutici che cercherò di delineare nei prossimi capitoli sono un esempio di come, pur nel loro stato di esclusione, i rifugiati siano in grado di esercitare una propria *agency*. Non è possibile forse spingersi a definirle forme di resistenza, ma sono per loro essenza forme di discorso politico che si muovono nella definizione di un nuovo Pubblico con le sue esigenze, preferenze e rimozioni difficilmente inquadrabile nel dato epidemiologico o nelle tabelle di interventi svolti e farmaci somministrati.

2.5 Il contatto con altri Sistemi di Cura

Nel dare conto di come i saperi indigeni e i guaritori che li praticano agiscano all'interno del *settlement* è necessario cercare di vederli all'interno di un percorso di evoluzione storica. Spesso visti in passato come 'tradizionali' e per questo immobili nel tempo questi sistemi di cura hanno avuto un lungo rapporto con le forme ed i tecnici della biomedicina e si sono evoluti nel contatto con essa.

Il periodo coloniale ha sicuramente contribuito a plasmare il mondo della cura anche nel suo contatto con sistemi di conoscenze, pratiche e significati diversi da quello biomedico, ma non bisogna intendere il contatto, spesso sbilanciato, di questi sistemi di cura come un colpo di spugna sulle vecchie tradizioni. Esse non scompaiono, ma si modificano. Traducono le nuove forme con cui interagiscono secondo linguaggi e tecniche a volte inediti, ma più spesso fluidamente attraverso forme ibride e creative. Antagoniste a volte, altre volte attratte dalle nuove forme di potere e sapere. È necessario inoltre tener presente che spesso l'adesione ai nuovi sistemi di valori introdotti dalla colonizzazione si inserisce attraverso percorsi generazionali, di genere o personali nella ricerca di affrancamento da quelle che erano le precedenti restrizioni ed i limiti sociali nelle società precoloniali. I sistemi occidentali anche in questo senso si ritrovano ad essere portatori di un fascino legato al successo economico che, in qualche modo, continuano ad esercitare ancora oggi; soprattutto in quanto mezzo di accesso ad un mercato spesso precluso ai saperi medici indigeni.

Che si tratti di resistenza o di accettazione, i sistemi di cura che emergono da questo periodo sono un ulteriore esempio della mobilità e adattabilità, l'*indocilità* che ogni medicina possiede.

La medicina però non è un tassello isolato della cultura e del progetto coloniale occidentale. Le legislazioni sulle pratiche terapeutiche nelle colonie erano in gran parte basate sulle leggi vigenti in madre patria, con ovvie differenze a seconda della potenza che le emanava, ma nonostante ciò uniformi nell'imbastire un sistema monopolistico della cura in mano alle professioni con formazione biomedica. Insieme si stavano sviluppando le infrastrutture della cura, anch'esse legate esclusivamente alla biomedicina, strutture concentrate prevalentemente nei centri urbani dove risiedeva la maggior parte della popolazione europea. Mentre nelle aree rurali si sviluppava prevalentemente l'assistenza sanitaria dei missionari. La medicina africana deve quindi essere pensata come l'esito dell'incontro di diverse concezioni, ideologie e saperi, un incontro avvenuto su un piano di disparità, ma che ha visto sia forme di imposizione sia forme di appropriazione e rielaborazione, dando origine a formulazioni inedite dei concetti di male, malattia e cura, dando luogo a nuovi linguaggi ed immaginari.

La dialettica tra 'tradizione' ed 'innovazione' è quindi un campo prolifico per comprendere il mondo non solo della cura, ma i rapporti di potere e le sedimentazioni storiche che in essa si trovano riflessi. La natura sincretica dei sistemi di cura in Africa ci parla di processi storici, di scelte di appropriazioni e scarti all'interno di un discorso che tenta di definire i confini e le relazioni tra corpo individuale, corpo sociale e corpo politico, in un'ottica non scevra dalle influenze del potere economico attraverso l'evoluzione dei saperi medici, ma anche attraverso percorsi individuali di singoli guaritori. Dozon (2000) nel parlare di questa dialettica tra sistemi di cura in Africa cita l'espressione di Balandier 'Africa ambigua' e con essa definisce l'esatto contrario di quell'immobilismo di cui sono state tacciate alcune definizioni sulle medicine 'tradizionali'. L'*ambiguità* che le contraddistingue consiste proprio nella loro capacità di assorbire e ricodificare pezzi di 'modernità' e nel farlo sottolineare come la modernità sia un concetto in divenire, in continua costruzione e ridefinizione. Questi sistemi di cura sono in grado di oscillare o operare una scelta tra atteggiamenti sociali e individualistici

verso la cura e la sofferenza e questo li rende in grado di operare in un panorama sociale frammentato e in evoluzione qual è quello dell'Africa del nuovo millennio. Ad oscillare non sono però solo i sistemi di cura in continua evoluzione e gli operatori con i loro percorsi sincretici. L'altra faccia della medaglia, i pazienti, coloro che si rivolgono a tali operatori nella ricerca di cure sono essi stessi in grado di operare scelte che a prima vista sembrano *ambigue*. Come mostrato spesso in letteratura e come emerso dalle interviste da me svolte, la popolazione percorre itinerari terapeutici diversificati che la portano a rivolgersi a diverse agenzie di cura. Alla base di questi percorsi oscillanti vi sono anche restrizioni di ordine economico che influenzano la disponibilità e l'accesso alle cure e la ricerca di senso di fronte al mistero della sofferenza e del male.

Si impone però innanzitutto una riflessione sui termini stessi che vengono utilizzati, sui significati attribuiti e soggiacenti a termini come 'medicina tradizionale' o 'medicina alternativa', prima ancora che sulle implicazioni di una professionalizzazione dei curatori.

Bernar Hours (1986) propone il termine di '*African Medicine*' considerandolo più utile di quello di 'medicina indigena' o 'medicina tradizionale', in quanto questi ultimi farebbero riferimento ad un passato mitico e costruito, ad un elemento endogeno che non tiene conto dell'adattabilità e della permeabilità funzionale dei sistemi medici presenti nel continente africano, relegandoli invece a quello che definisce un 'sapore coloniale'¹⁷. È vero però che non si libera egli stesso completamente dal rischio di passatismo definendo il concetto di '*African Medicine*' come la medicina praticata in Africa prima dell'arrivo degli Europei e delle brutali trasformazioni introdotte dal dominio coloniale.

La definizione di medicine alternative a quella occidentale più utilizzata è quella

¹⁷ Pg. 46

proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che le descrive come 'Medicine Non Convenzionali' (o NCM), cioè come:

«Differenti pratiche, metodologie, saperi e credenze sulla salute che implicano l'utilizzo a scopo medico di piante, parti di animali, minerali, terapie spirituali, tecniche ed esercizi manuali, applicati individualmente o in combinazione per raggiungere una diagnosi, prevenire malattie o proteggere la salute».¹⁸

Si tratta di una definizione volutamente vaga e inclusiva nel tentativo di coprire le possibilità culturali di medicine non occidentali nel mondo che tuttavia ha il merito di non concentrarsi sulla presunta tradizionalità di questi saperi. La verità è che una definizione di questo tipo può facilmente accogliere al suo interno anche la biomedicina, rendendola forse per questo un buon strumento di comparazione laddove non la si voglia utilizzare come linea di demarcazione tra il sistema di cura occidentale e un 'generico' insieme di sistemi di credenze legati alla cura che differiscono dalla biomedicina.

Arthur Kleinman (1973, 1974, 1980) nel tentativo di creare un vocabolario che permetta di comparare i sistemi medici propone la definizione di *Health Care System* tradotto come sistema medico. Un sistema medico elabora la malattia attraverso un linguaggio culturale che connette le credenze sulle cause della sofferenza, con i sintomi, tecniche e pratiche terapeutiche e valutazioni sugli esiti delle cure. Questa definizione rende conto maggiormente, secondo l'autore, degli intrecci costituiti da significati, valori e norme comportamentali, anche se nota che un termine più generale e meno centrato sul concetto di medicina potrebbe essere *Health System* ovvero 'sistema di salute'. Il termine sistema diventa quindi rappresentativo dell'intreccio tra salute, malattia e cura che poiché sono iscritte

¹⁸ WHO, General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine (WHO, 2000).

nel medesimo insieme di regole sociali inerenti ad un preciso contesto culturale non possono essere pensate singolarmente.

In tutte le società le attività legate alla cura (*health care*) sono interrelate. Allo stesso modo della religione, della lingua e della politica, si può vedere la medicina come un sistema culturale: *health care system*. Per l'autore in ogni cultura la malattia, le risposte alla sua insorgenza, l'esperienza individuale del malato e le istituzioni che se ne fanno carico sono interconnesse. È la totalità di queste connessioni a comporre un sistema di cura. Ne fanno parte sia i pazienti che i guaritori, la malattia come la cura all'interno di un sistema di significati e relazioni sociali strettamente legate al sistema culturale di cui fanno parte.

Kleinman intende il concetto di *health care system* non come un'entità fisica, ma come un modello d'analisi che potrebbe guidare la comparazione tra sistemi medici. Il sistema è quindi definito dalla relazione dell'esperienza personale, psichica e biologica, della malattia che viene interpretata attraverso gli strumenti simbolici dettati dalla cultura, dai rapporti interpersonali, sociali e familiari, e dalla realtà clinica in cui l'esperienza avviene. Ovviamente ogni sistema di cura ha però un suo ancoraggio all'interno di una precisa realtà sociale (*social reality*) influenzata dalle regole culturali, dalle istituzioni sociali, dalle relazioni sociali e dalle restrizioni economiche e politiche. Queste realtà sociali cambiano fortemente anche all'interno di un singolo contesto culturale che sarà quindi composto da più sistemi di cura.

Per quanto riguarda l'Africa e la zona da me presa in esame è quindi necessario concentrarsi su un concetto operativo di sistemi di cura, al plurale. Ogni sistema medico è in realtà composto da un variegato spettro di saperi e di tecniche legate al mondo della cura che coesistono in continua trasformazione e ridefinizione dei confini reciproci. L'attenzione deve quindi anche essere mirata a non intendere i sistemi di cura come monolitici, ancorati ad un passato e sedimentati in una tradizione impermeabile al cambiamento e ai contatti. La stessa

medicina occidentale o biomedica non è un esempio di fissità, ma è il frutto della crescita e dell'adattamento di sistemi di sapere e organizzazioni politiche che si sono formati nel corso dei secoli (Foucault 1963, 1961).

Per questo motivo bisogna leggere i cambiamenti in corso nella visione di salute pubblica e del suo rapporto con i sistemi di cura indigeni attraverso l'evoluzione storica dei sistemi che se ne fanno carico e la plasmano.

La salute pubblica in Uganda ha subito cambiamenti significativi dall'indipendenza del 1962. Negli anni Sessanta, la *Public Health* era considerata una priorità per il nascente governo. I leader hanno rapidamente ampliato l'accesso ai servizi essenziali e alle iniziative di prevenzione. In tutto il Paese è stata istituita una rete di ospedali regionali, centri sanitari e dispensari di villaggio. Si diffusero campagne di immunizzazione, programmi di educazione sanitaria e iniziative igienico-sanitarie. Questa precoce priorità delle cure primarie e della salute pubblica ha contribuito ai primi progressi degli indicatori sanitari (Mulumba et.al. 2021). Tuttavia, i fattori determinanti come la povertà, la disuguaglianza di genere e la mancanza di acqua potabile sono stati trascurati. Sono emerse anche tendenze autoritarie, che hanno gettato le radici di futuri conflitti.

Gli anni Settanta e i primi anni Ottanta segnarono un capitolo buio per le infrastrutture sanitarie e la salute della popolazione ugandese. Mentre il conflitto civile consumava il Paese, le strutture sanitarie pubbliche venivano demolite e gli operatori sanitari qualificati fuggivano. Le poche strutture operative si trovavano spesso a corto di farmaci e mancavano di forniture di base. Malattie come il morbillo e la malaria si sono diffuse senza controllo, a causa del crollo delle vaccinazioni di routine e delle attività di sensibilizzazione. L'ascesa al potere del *National Resistance Movement* guidato dall'attuale Presidente Yoweri Museveni nel 1986 segnò una rinnovata attenzione alla ricostruzione del sistema sanitario pubblico ugandese. Tuttavia, le riforme sono state fortemente influenzate dai

donatori esterni che hanno subordinato gli aiuti a riforme di decentramento amministrativo del settore sanitario (Cueto 2013). Questo trend come abbiamo visto, parlando di Global Health, ha inserito il sistema di Public Health Ugandese nella rete di rapporti internazionali della salute. Allo stesso tempo le riforme di questi anni hanno decentralizzato l'apparato sanitario, di fatto indebolendolo e subordinandolo alle risorse dei singoli distretti, aperto la porta all'ingresso di donatori e agenzie di cura internazionali e dato spazio all'espansione dell'assistenza primaria. Purtroppo, queste riforme non hanno spesso tenuto conto di sfide e di linee di disuguaglianza più profonde, lasciando il sistema disarticolato e con risorse insufficienti.

Negli anni Novanta sono emerse diverse leggi e politiche sulla salute pubblica. L'*Health Management Information System Act* per la gestione della salute del 1992 ha istituito la raccolta di dati per guidare la pianificazione e la politica secondo logiche di quantificazione dei programmi sanitari (Adams 2013). La *National Drug Policy* del 1993 e la *National Drug Authority Act* del 1999 miravano a garantire l'accesso a farmaci sicuri ed efficaci. La *Local Governments Act* del 1997 ha decentrato i poteri alle autorità distrettuali, anche se l'attuazione ha incontrato difficoltà. La *Public Health Act* del 1999 ha fornito l'autorità legale per affrontare le questioni igienico-sanitarie e i focolai di malattie infettive.

L'Uganda è stata pioniera nell'accesso precoce al trattamento dell'HIV alla fine degli anni Novanta, con il sostegno di iniziative sanitarie globali. Questo ha salvato vite umane, ma ha generato un programma verticale che ha separato i servizi per l'HIV da sforzi più ampi di rafforzamento del sistema sanitario. La dipendenza dai finanziamenti imprevedibili dei donatori ha avuto un impatto sulla pianificazione e sul budget del settore sanitario. Nonostante la pioggia di fondi e organizzazioni che affluiscono da tutto il mondo in contesti poveri di risorse, i sistemi sanitari locali continuano a essere tristemente inadeguati e spesso la miope

insistenza nel finanziare programmi verticali e nell'apportare cambiamenti dall'esterno va a scapito del settore pubblico (Biehl, Petryna 2013).

In anni recenti il governo ha cercato di passare a una copertura sanitaria universale sostenibile e con La Costituzione del 1995 ha riconosciuto la salute come diritto umano fondamentale. La politica sanitaria nazionale del 1999 ha introdotto il pacchetto essenziale di servizi sanitari per aumentare l'accesso alle cure prioritarie. Il Piano strategico per il settore sanitario del 2010 ha riorientato gli sforzi verso l'*empowerment* e il coinvolgimento delle comunità.

Tuttavia, tendenze autoritarie, logiche personalistiche e la fragilità di distretti spesso incapaci di sostenere le spese del sistema sanitario dominano ancora il processo decisionale in Uganda. Il pubblico ha un contributo trascurabile, mentre lo spazio della società civile continua a ridursi. La debolezza delle capacità locali e l'inadeguatezza delle risorse stanziare dal governo centrale continuano a limitare l'erogazione dei servizi.

In Africa le trasformazioni dei sistemi di cura passano, quindi, attraverso molte strategie e linee di cambiamento: l'ostilità coloniale, il prestigio culturale e acculturante delle tradizioni mediche occidentali, accolte o imposte, percorsi storici ed economici nazionali, internazionali e personali. In molte delle trasformazioni che hanno avuto atto e che continuano ad attuarsi hanno giocato un ruolo non indifferente i ricercatori, i progetti di intervento sanitario e umanitario e le azioni di cooperazione allo sviluppo. È necessario considerare che questi sistemi di cura, lungi dall'essere tradizionalmente immobili, sono passati attraverso negoziazioni e rapporti di potere con le forze della colonia e con quelle che marcano il periodo postcoloniale. Hanno attuato strategie di appropriazione e traduzione, in alcuni casi di rigetto, passando attraverso numerose metamorfosi. Nonostante i tentativi di riforma, infatti, l'integrazione tra biomedicina e culture

mediche locali rimane ancora oggi una sfida aperta nel sistema sanitario ugandese. I programmi di formazione del personale sanitario rimangono incentrati su modelli biomedici, con poca attenzione alle medicine tradizionali. Inoltre, le strutture sanitarie pubbliche tendono a essere organizzate secondo le logiche della biomedicina, senza spazi adeguati a pratiche terapeutiche alternative.

I protagonisti di queste negoziazioni politiche e di significato sono indubbiamente i guaritori, laddove non ci si limiti ad intendere con tale termine una visione occidentale del guaritore, ma la si vada ad ampliare a tutte quelle figure che in vari ambiti concorrono alla ricerca della cura. Essi si pongono nell'intersezione tra conflitti sociali, politici, religiosi ed economici.

Marc Augé (1986) nell'introduzione a *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia* afferma che:

«La malattia funziona come un significante sociale: essa costituisce sempre l'oggetto di discorsi che coinvolgono l'ambiente nel senso più ampio. Questi discorsi variano con il periodo storico e la situazione sociale e professionale di coloro che li pronunciano» (1986: 8).

In questo senso la malattia non può essere scissa dalla cultura in cui si manifesta, essa ne è un prodotto e si inserisce pienamente nella sua rete simbolica, logica e semantica. Quelli sulla malattia sono discorsi che ineriscono alla società nel suo complesso e con essa sono in continuo divenire, frutto di costruzioni e negoziazioni con l'ambiente. Augé continua dicendo che la malattia è allo stesso tempo «il più individuale e il più sociale degli eventi». Individuale perché l'esperienza del dolore è la più soggettiva e incomunicabile delle esperienze corporee, ma allo stesso tempo è sociale perché va ad includere tutte le agenzie che della malattia si occupano. Per questo motivo richiede una definizione, una

costruzione di senso che è negoziata con gli altri in uno spazio politicamente strutturato (Fassin, 1996).

Una nozione, questa, esito del dialogo tra le costruzioni elaborate dal senso comune e dai saperi ufficiali. Gli orizzonti di senso che consentono l'individuazione e la cura della malattia sono eminentemente sociali.

La nozione di incorporazione permette di capire come si possano unire insieme l'aspetto individuale e quello sociale della malattia superando la dualità che percorre il pensiero occidentale. È infatti il corpo che organizza la percezione che l'uomo ha del mondo, le stesse cognizioni spaziali dipendono dal fatto che l'essere umano è un corpo: è esso a produrre le rappresentazioni del mondo incorporando forze esterne ed esperienze passate e a modificarle con la propria presenza.

Il corpo però non va inteso in quanto supporto fisico, ma come un habitus costruito dalle esperienze sociali e storiche e di esse rappresentante (Csordas 1990, 1994). Si capisce così che le idee di salute e malattia non sono naturali, ma dei prodotti costruiti dalla mediazione tra 'individuale' e 'sociale'. La malattia, le sue definizioni, il suo significato sono quindi un prodotto culturale.

La biomedicina definisce la malattia come un'anomalia, una devianza dallo stato naturale di salute. La salute è silente, uno stato di normalità che si definisce solo nella sua mancanza: ovvero nella malattia, nella deviazione dalla norma. Seguendo Durkheim (2001) si può dire che la salute è una norma costruita dalla maggioranza, dalla società e che quindi l'opposizione naturale-patologico non sia fissa ma culturalmente variabile. Non esiste quindi neanche una singola medicina, ma piuttosto un proliferare di medicine in precisi contesti storici, sociali e culturali. Esse sono spesso così legate al resto delle costruzioni sociali da risultare di difficile circoscrizione, andando ad agire insieme a tutti i costrutti e ai meccanismi che si occupano di significare il mondo. Insieme alla religione e alla politica, la medicina costruisce i corpi, il vivere sociale, indica una norma e una devianza e vi dà una spiegazione.

Le medicine si occupano di elaborare un senso inserendo la malattia in un percorso non solo di cura, di eliminazione della sofferenza e di ripristino della concezione di normalità, ma la inseriscono anche in un contesto in grado di fornirle un significato individuale e sociale. Nei capitoli seguenti cercherò di riportare quelle voci e quegli eventi che durante la mia ricerca hanno messo in luce come chi soffre e chi agisce nell'ambito della cura si muova sempre su un livello che non è solo quello del proprio dolore fisico. Ma come questo si inserisca naturalmente in discorsi più ampi che parlano di violenza, di *displacement* e di un discorso politico sulle aspettative che i rifugiati hanno per la loro vita e per il loro futuro dentro e fuori dal *settlement*. Se si parla di concezioni diverse di intendere la sofferenza che agiscono nel leggere con le proprie finalità il sistema del campo, guardare ancora oggi a come si sviluppa il contatto tra il sistema medico della *Public Health* e quello dei saperi indigeni può essere produttivo. Può permettere di uscire da una visione della sofferenza che rischia di appiattare il discorso ai rischi epidemiologici e alla loro gestione, dare voce a quella che sono le connessioni più ampie della vita nel *settlement* mettendo in evidenza la capacità di azione dei rifugiati e mostrare come i saperi e le tecniche della cura in possesso dei guaritori che operano nel campo continuano ad essere in continua evoluzione e relazione dialettica con i loro *competitors* e con la modernità.

Gli itinerari terapeutici che i rifugiati compiono si muovono tra questi saperi in competizione per una definizione ed una interpretazione del 'male'. Non sono dettati solamente dalla necessità di coprire i buchi di questo o quel sistema di cura, ma sono informati dalle relazioni che il mondo della salute continua ad intessere con tutte le altre parti della vita. Se quella dei rifugiati è stata ridotta ad un *bare life* allora risulta ancora più importante analizzare quali discorsi, scelte e pratiche vengono messe in atto intorno alla corporeità. In quanto questa è non solo frutto e oggetto del controllo di un potere biopolitico, ma è anche il mezzo con cui gli esclusi possono mettere in atto forme di intervento sulle strutture e le forme di

questo potere (Quaranta 2006).

Ci parlano delle disuguaglianze e delle forme di azione che vengono messe in atto per resistere all'interno della propria disparità. In questi discorsi rientrano rivendicazioni sull'approvvigionamento alimentare, su un'idealizzata terra natia vista come un Paese dell'abbondanza; altro elemento che compare frequentemente è la violenza così come un profondo senso di abbandono. A riemergere sono anche i temi che abbiamo visto essere nati durante il contatto con la colonizzazione: la paura di forme di 'vampirismo' medico, la paura del parto in ospedale, la sensazione evidente di non essere trattati come esseri umani a pieno titolo.

Allo stesso tempo i saperi medici locali e non, proliferano in una globalità di influenze, materiali e tecniche che rendono i loro operatori in grado di porsi come interlocutori privilegiati con queste tematiche. La loro mobilità, la loro continua innovazione, la loro intraprendenza anche nel creare delle opportunità economiche, e allo stesso tempo la loro capacità di muoversi tra diverse forme di iscrizione e nominazione del male li rendono traduttori capaci della sofferenza più ampia che affligge la condizione dei residenti nel *settlement*.

Questi operatori continuano però ad essere relegati in una zona grigia istituzionale: se da un lato formalmente è aperta loro la via di un riconoscimento statale sono ancora molto spesso osteggiati dalle strutture e dai tecnici del sistema sanitario del *settlement*. E anche quando invece l'atteggiamento nei loro confronti è positivo il rischio rimane quello di un appiattimento ad una posizione ancillare, e anche in questi casi solo dopo un' 'addomesticazione' che passa attraverso i canali di reclutamento della biomedicina e delle sue richieste.

Capitolo III

Accesso alla sanità da parte dei rifugiati

L'accesso alla sanità dei rifugiati è un punto di focale importanza che si muove su due linee: da un lato, l'effettiva ampiezza e fruibilità dei servizi erogati dalle strutture formali e informali del *settlement*, che come abbiamo visto è prona a variazioni sistemiche in quanto inserita nelle altalenanti vicende degli aiuti internazionali e delle alterne fortune dell'apparato sanitario statale; dall'altro, molte delle rivendicazioni e delle incomprensioni si giocano sul filo della percezione di questa sanità. I rifugiati e gli agenti del sanitario in senso ampio sono spesso coinvolti in diverse visioni della validità dei servizi e della riuscita degli interventi. Visioni che si nutrono di aspettative, recriminazioni e speranze che raramente coincidono con la presunta efficacia degli interventi a sostegno della salute e dei dati ufficiali su tali interventi.

Nonostante gli sforzi del governo e delle organizzazioni umanitarie, i rifugiati sudanesi in Uganda continuano ad affrontare numerose sfide nel loro accesso ai servizi sanitari e questo ha spesso nutrito un senso di manchevolezza degli aiuti, dei servizi e una certa diffidenza verso gli operatori sanitari. Fino a suscitare vere e proprie avversioni per alcuni tipi di servizi.

L'alto numero di persone nel campo di Bidibidi indebolisce il sistema sanitario esistente alle prese con limitate risorse, scarsità di personale e un sovraffollamento di pazienti nelle strutture.

Una delle principali sfide che i rifugiati sud sudanesi affrontano è la diffusione di malattie trasmissibili, come il colera, la malaria, le infezioni respiratorie acute, le infezioni del tratto urinario, tra gli adulti; tra i bambini invece le più comuni sono la malaria, la diarrea e occasionali focolai di morbillo. Queste malattie sono spesso causate da condizioni igieniche precarie, mancanza di acqua pulita e servizi igienici inadeguati. L'accesso a cure mediche tempestive e adeguate diventa quindi una priorità cruciale per prevenire la diffusione di queste malattie e garantire il benessere generale dei rifugiati. Ma dato l'intrecciarsi di visioni e diffidenze risulta molto difficile farsi un'idea precisa dell'impatto sulle vite dei rifugiati dei servizi sanitari erogati.

3.1 Sanità reale e sanità percepita

In tutte le società le attività legate alla cura sono interrelate. Allo stesso modo della religione, della lingua e della politica, si può vedere la medicina come un sistema culturale. Seguendo Kleinman (1973, 1974, 1980) potremmo dire che in ogni cultura la malattia, le risposte alla sua insorgenza, l'esperienza individuale del malato e le istituzioni che se ne fanno carico sono interconnesse. Ne fanno parte sia i pazienti che gli agenti della cura inserendosi all'interno di un sistema di significati e relazioni sociali strettamente legate al sistema culturale di cui fanno parte. Marc Augé (1984) ipotizza che l'ordine sociale e l'ordine biologico siano governati dalla medesima logica, suggerendo l'esistenza di una griglia di interpretazione unificata del mondo all'interno di una società, che incasella e legge sia il corpo individuale, che le istituzioni sociali come parte di un insieme interrelato. Questa logica unificante mette in correlazione la salute e la sofferenza con le istituzioni e le pratiche della società in cui si inseriscono, concorrendo a plasmarle. Attraverso questa prospettiva le dinamiche sociali e biologiche si intersecano e si influenzano reciprocamente in un sistema complesso in cui

l'interazione tra individuo e società assume un ruolo centrale. L'evento malattia intesa come evento elementare, viene ricondotta all'ordine dell'immaginario sociale connettendola a vincoli simbolici e schemi interpretativi che la inseriscono in un più ampio contesto di significati che informano e sono informati dall'interrelazione con altre strutture sociali. Non si tratta semplicemente di un fatto biologico isolato, ma piuttosto di un evento che viene interpretato e compreso all'interno di un contesto culturale e sociale più ampio. Quindi l'insorgere della malattia implica che questa non venga letta solo a livello corporeo, ma coinvolga anche aspetti psicologici e sociali. Il corpo, individuale e sociale diventa il significante di diversi fattori che contribuiscono all'insorgenza e alla gestione della malattia. La malattia sociale, che include le credenze, le norme culturali e le dinamiche relazionali, gioca un ruolo cruciale nella percezione, nella comprensione e nella gestione dell'evento malattia. Diventa causa, effetto e relazione di agenti patogeni su larga scala. La perdita della salute è informata da elementi di disordine legati alle relazioni tra rifugiati, tra rifugiati e amministrazione e a comportamenti che infrangono tali relazioni. Questo dà luogo a tassonomie che stabiliscono vari gradi di causalità differenziati, che si ricollegano alle storie dei singoli, ma anche alla storia in generale inserendo il proprio percorso di malattia all'interno della lettura dei fenomeni che circondano i rifugiati. La malattia assume così l'aspetto di un fenomeno complesso che riflette e influenza le dinamiche sociali e le rappresentazioni collettive. Questo risulta particolarmente evidente in un contesto, come quello del settlement, ricco di ostacoli economici, politici e culturali.

La malattia e la cura diventano spesso uno dei linguaggi per parlare della sofferenza in generale e delle numerose difficoltà incontrate dai rifugiati. Il discorso sulla salute è sia un filtro per leggere le condizioni totali della vita dei rifugiati, e la 'critica' o l' 'apprezzamento' dei servizi offerti dalle strutture del settlement diventa strumento di azione sul sistema campo. Per i rifugiati, le perdite

subite durante il viaggio, unitamente alla mancanza di accesso alle risorse nel Paese ospitante, comportano una forte diminuzione del loro potere di *agency*, limitando la loro capacità di agire e di sfidare le regole e le strutture di potere (Jacobsen 2014). Per questo i rifugiati hanno ben chiaro come i discorsi di malcontento sulle distribuzioni di cibo o sulla qualità delle cure siano, in potenza, uno dei pochi mezzi a loro disposizione per influenzare l'amministrazione del *settlement*. E la presenza del ricercatore è stata ulteriore stimolo di elicitazione di questi discorsi, sia perché i discorsi sulla salute non potevano prescindere da connessioni con il contesto più ampio, sia perché si cercava nella mia presenza un tramite verso le istituzioni. In quanto ricercatore europeo, agli occhi di molti dei miei interlocutori avrei potuto 'sicuramente' tradurre e dare voce alle loro rimostranze, o almeno fare da megafono alle stesse anche fuori dal *settlement*.

«... e poi è giusto che vengano altri come te. Che vengano a chiedere a noi. Vai e dillo nel tuo Paese come viviamo noi qui ... è difficile. Si deve sapere. Lo scriverai nel tuo lavoro, vero?»¹⁹

L'influenza stessa di fattori socio-economici e politici contribuisce fortemente alla percezione della salute (Mokhele et al. 2023). Ogni evento che la influenza, inoltre, è subito immerso nella correlazione del prima e del dopo all'arrivo nel *settlement*. Vi sono malattie 'sudanesi' e malattie 'ugandesi', e la qualità dei servizi sanitari, e della vita in generale, è spesso messa in correlazione con un passato carico di dolore e incertezza, ma che ha assunto i contorni mitici della nostalgia. Molto spesso i discorsi con i rifugiati tornano su una vita, sana e piena in Sud Sudan «se solo non fosse per la guerra». In contrasto con le difficoltà e gli stenti della vita in Uganda.

«L'epilessia in Sudan non c'era» mi racconta Abel rifugiato e guaritore erborista di cinquant'anni residente a Bidibidi dal 2018, mentre ci ripariamo dal

¹⁹ Intervista del 3/2/2019, G.N., Zone 3 Village 6, Bidibidi.

sole sotto una tettoia creata con alcuni rami e un telo di plastica marchiato UNHCR nel piccolo *market* del Villaggio 6 della Zona 3. «Io non l'ho mai vista ti dico e ora è dappertutto. Soprattutto i bambini. Tanti bambini con l'epilessia. In Sudan avevamo la malaria, la febbre tifoide, la tosse... ma qui l'epilessia e le ulcere ... sono ovunque. E all'*Health Center* non c'è nulla, nulla per l'epilessia. Un po' di tempo fa sono venuti dei dottori dal Canada o dalla Norvegia, non ricordo più. Però ora sono andati via». Il suo discorso è allo stesso tempo concitato e riflessivo, il suo braccio oscilla come un pendolo indicando di volta in volta la direzione dell'immaginaria linea di confine con il suo paese natio e il vicino *Health Center*. Quasi come fossero i due poli di un percorso di sofferenza. Quando gli chiedo quali siano, secondo lui, le cause di questa 'nuova' malattia, la risposta immediatamente incorpora il contesto più ampio.

«Le razioni. Il cibo qui non è buono. È poco... e ci sono solo i fagioli. Fagioli, fagioli, fagioli. Nessuno può stare bene se mangia solo quello. E il *cooking oil* che abbiamo qui è terribile. E poi ci sono i 'pensieri', tutti qui hanno i pensieri... le madri hanno i 'pensieri' e i bambini prendono i 'pensieri'. I padri hanno i 'pensieri'. Tutto il giorno senza fare nulla ... ovviamente ti vengono i 'pensieri'. Non è una buona vita. Ti ammali per forza».²⁰

Il concetto di cura, della sua qualità e della percezione dei servizi sanitari offerti è quindi un concetto complesso che nasce dall'interconnessione di logiche diverse e che si compone di una trama fitta di fattori che coinvolgono l'ordine sociale, l'ordine biologico, il simbolismo culturale.

Non si tratta solo di un fenomeno fisico-chimico di alterazione del corpo, ma anche di un evento sociale. Le credenze, i valori e le pratiche che ogni cultura attribuisce alla sofferenza ne plasmano la comprensione e l'interpretazione, influenzando i percorsi terapeutici e le aspettative che ogni malato ha su di essi,

²⁰ Conversazione personale Giugno 2022, Zona 3, Village 6, Bidibidi.

agendo al contempo sulle dinamiche familiari e comunitarie. Specialmente nel caso di quelle malattie che mantengono un alto grado di stigmatizzazione come per esempio l'HIV. D'altra parte, le comunità possono creare una rete di supporto emotivo, materiale e sociale ai malati e alle loro famiglie, che si attiva nel momento del malessere.

Altre volte è la comunità stessa ad essere 'malata', si porta dietro lo stigma della violenza in una condizione nuova che vede i rifugiati giacere in un limbo di immobilità e inazione. Queste due crisi, fisiche e mentali, portano quelli che non solo Abel, ma molti altri miei interlocutori definiscono i 'pensieri'. Un termine ampio che indica la depressione, l'ansia per il futuro, la consunzione per inedia provocata dalle costanti preoccupazioni della vita precaria del *settlement*, dagli orrori della guerra e dall'apparente assenza di un qualsiasi futuro. Nel contesto della diaspora inoltre le strutture della comunità hanno vissuto stravolgimenti e fratture che ne hanno minato la capacità di supporto e di coesione. Le fratture 'etniche' alimentate dal conflitto in Sud Sudan continuano ad agire sommessamente all'interno del campo e i gruppi familiari sono spesso frammentati e geograficamente separati. Anche se quasi nessuno parla apertamente della violenza e, nei discorsi fatti con me, molto spesso è emerso un quadro di riconciliazione e dimenticanza nel quale il *settlement* viene presentato come un luogo sicuro dove la violenza tra gruppi non ha attecchito. Questa violenza però emerge improvvisamente in discorsi sulla convenienza di andare in determinate zone del campo, dei rischi per le donne di muoversi da sole, sui rischi di avvelenamento o sulla necessità di mantenere taciute relazioni familiari e personali.

Per leggere questo contesto risulta necessario prendere in considerazione il "sistema complesso della vita umana" (Padiglioni 1986). Per Padiglioni il *sistema* è frutto dell'unione di più paradigmi che interagiscono tra loro. Quello biologico:

insieme dei processi biochimici che avvengono all'interno del corpo umano. Quello della personalità: con i processi emotivi e cognitivi. Quello culturale: che riguarda i modi di pensare, agire e i sistemi di significato. Quello sociale ovvero l'insieme delle interrelazioni tra individui e tra gruppi. E infine, quello ecologico: che comprende l'ambiente naturale e l'interazione dell'uomo con esso.

Quindi per capire la percezione che i rifugiati hanno dell'accesso alla sanità e della qualità dei servizi di cui sono recipienti bisogna cogliere l'interezza e la multi-causalità delle relazioni nel contesto della malattia. Se da una parte abbiamo un sistema in grado di fornire un certo livello di sanità e accesso alle cure, non possiamo non prendere in considerazione una sanità percepita: ossia la percezione soggettiva che le persone hanno riguardo alla loro salute, alla malattia e alle cure ricevute. La cura percepita deve tenere conto di molteplici dimensioni, tra cui le credenze, le aspettative, le emozioni e le esperienze personali legate alla salute e alla malattia. Comprendere le dinamiche sociali risulta essenziale per fornire cure adeguate e sensibili alle persone, riconoscendo la centralità dei discorsi più ampi sulla sofferenza e sulla cura nell'esperienza della malattia e nel percorso di guarigione. L'analisi delle percezioni dei rifugiati sulla qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari nel campo di Bidibidi fornisce, in questo senso, una prospettiva fondamentale che potrebbe indirizzare le politiche sanitarie, migliorare la comunicazione tra operatori sanitari e rifugiati e adattare i servizi alle reali esigenze e aspettative della popolazione rifugiata.

Con logiche diverse anche le strutture umanitarie nazionali e internazionali inseriscono la sofferenza in un sistema complesso di fattori di rischio: generici e specifici. I fattori di rischio generici vengono identificati nell'emarginazione socio-economica, nelle condizioni abitative precarie, nella carenza nutrizionale e altri aspetti legati alle condizioni di vita nel campo. Questi fattori possono aumentare la vulnerabilità e l'esposizione a diverse malattie. I fattori di rischio specifici, invece,

sono correlati al fallimento del progetto migratorio e all'impatto psicologico che esso può avere sui migranti (Geraci 2000).

3.1.2 Distanze, mancanze, paure, attese e paracetamolo

Tra i discorsi che i rifugiati fanno sull'accesso alla cura e sulla qualità della stessa esistono dei *topoi* ricorrenti. È difficile in molti casi capire il livello di veridicità di tali discorsi, tuttavia come abbiamo detto questi hanno sicuramente una valenza empirica per rilevare la percezione più ampia dei problemi che essi si trovano ad affrontare.

La distanza dagli *Health Center* è uno dei problemi che vengono ricorrentemente citati dai rifugiati nel descrivere il loro accesso alle cure. Questa è una distanza variabile che si allunga o si accorcia a seconda dei problemi sanitari che richiedono di recarsi nei centri e delle fasce di popolazione che ne sono colpite. Le distanze variano infatti molto a seconda dei villaggi e della posizione delle abitazioni dei singoli malati all'interno dei villaggi e possono anche essere molto consistenti. Tuttavia, più volte mi sono ritrovato ad appuntare sul mio taccuino le discrepanze tra la presunta lontananza di un HC e il *compound* in cui si stava svolgendo l'intervista. Una distanza che io avevo coperto a piedi in pochi minuti proprio per raggiungere l'abitazione di un interlocutore, mi veniva descritta dallo stesso come un tragitto impercorribile. Ovviamente questa discrepanza affondava le sue radici in differenze oggettive tra la mia capacità di percorrere una certa distanza con un corpo sano e quella di un malato, o di un anziano. Ma vi erano in gioco nella percezione di una distanza, che non è solo spaziale, altri fattori. Innanzitutto, recarsi all'*Health Center* comporta un abbandono delle attività quotidiane essenziali: lavorative, di ricerca del cibo, di cucinare per la famiglia. In un contesto in cui gli adulti sono pochi e la maggior parte delle

household sono a guida femminile, ammalarsi o accompagnare un malato, vuol dire lasciare a casa, figli (spesso in giovane età) e anziani per un tempo indeterminato e indeterminabile. E farlo senza nessuna certezza della cura, sia a causa dei lunghi tempi di attesa che della scarsità dei medicinali.

Spostarsi verso i centri sanitari vuol dire, nei casi in cui il malato non possa muoversi autonomamente, mobilitare risorse e persone. Vuol dire reperire un mezzo di trasporto, generalmente una moto, facendosela prestare o affittandola, muovendo così risorse economiche e sociali non sempre facilmente reperibili. I mezzi per il trasporto dei malati in possesso delle strutture del *settlement* sono infatti molto pochi e inadatti a coprire il gran numero di richieste e vengono impiegati, nell'eventualità che siano disponibili, solo nei casi più gravi. A volte si può usufruire di alcune moto o jeep di singole ONG o quelle in possesso degli organi governativi del campo. Ma si tratta più dell'eccezione che della regola e comunque di mezzi non adatti al trasporto di malati gravi o feriti.

«Alla mia età la salute è persa, dovrei andarci molto spesso (all'HC). Ma non ci sono i soldi per pagare una moto. Io sono vecchio, non posso lavorare con queste gambe, devo vendere del cibo per andare. E il cibo è poco. Le razioni durano poco. A volte quando sono più in forze vado nel *bush*²¹»,²²

Per tutti, ma soprattutto per le donne, muoversi da e verso gli *Health Center* può comportare il rischio di incorrere in aggressioni e violenza lungo il percorso. Questa situazione comporta che per recarsi al centro sanitario in certe zone e in determinati orari sia necessaria la presenza di una persona di accompagnamento. Ciò crea l'esigenza di mobilitare ulteriori risorse sociali distogliendo un maggior numero di persone dalle attività quotidiane. In alcuni casi arriva a coinvolgere tutte le donne di una famiglia, obbligandole a lasciare a casa i bambini o a portarli con

²¹ Con l'espressione 'vado nel *bush*' si riferisce alla ricerca di piante medicinali.

²² Intervista a Morris, 16 luglio 2022, Village 4 Zone 3, Bidibidi.

sé durante la visita medica.

L'attesa presso gli HC è un altro dei problemi ricorrenti che i rifugiati riscontrano. Le attese per essere visitati possono essere lunghe molte ore, un'intera giornata e in alcuni casi più giorni consecutivi. Questo è dovuto all'enorme sproporzione tra la popolazione del settlement e il numero di strutture in grado di fornire servizi diagnostici e di erogare medicinali, in aggiunta al ridotto numero del personale sanitario. Nel 2022 nella Zona 3 del *settlement* a fronte di circa 55.000 abitanti vi erano nove *Health Center* di cui solo tre erano di livello III e fortemente a corto di personale²³. Davanti al centro sanitario principale della Zona, di fronte al quale passavo quasi tutti i giorni, non era raro vedere tra le cinquanta e le cento persone in attesa di essere visitate.

«Ah, sei venuto ieri... scusami ero all'*Health Center*. Ci sono stata tutto il giorno. [...] Sì ci siamo andati tutti, non potevo lasciare i bambini da soli. [...] Ancora non so cosa mi fa male... non sono riuscita a farmi visitare. Oggi ho mandato mia cugina a tenermi il posto. Ci ripasserò nel pomeriggio».²⁴

Questa conversazione con Angel è solo un esempio di molte altre di questo tipo. Spesso capitava di aver preso accordi per incontrarsi con qualcuno e poi non trovarli perché in attesa all'HC.

«Oggi non me la sento, rimandiamo? Non mi sento bene, voglio andare all'*Health Center*» mi dice Michael una mattina di febbraio quando arrivo a casa sua per parlare delle piante medicinali. E quando gli chiedo se avesse bisogno di aiuto per recarvisi mi risponde: «No no, ho mandato mia nipote. Ora c'è troppa gente... forse stasera o domani».

Queste lunghe attese erano ovviamente portate ad esempio quando i rifugiati

²³ Intervista a C., staff medico HC, 17 febbraio 2022, Village 1 Zone 3, Bidibidi.

²⁴ Intervista con Angel del 3 giugno 2022, Village 4 Zone 3, Bidibidi.

volevano enunciare le criticità del sistema sanitario del campo. Le lunghe ore passate ad aspettare davanti al centro medico, cercando di trovare riparo dal sole o dalla pioggia sotto gli alberi radi che vi crescevano intorno erano fonte di enorme frustrazione. E aggravavano quella distanza di cui abbiamo parlato prima. La distanza non è solo spaziale, ma anche temporale. Recarsi all'HC per farsi visitare richiede anche una certa dose di fortuna, trovare un momento in cui l'affollamento non sia tale da comportare attese troppo lunghe.

L'altra criticità, intrinsecamente connessa alle precedenti, è la disponibilità e l'efficacia dei medicinali erogati dal servizio sanitario. Tutti i miei interlocutori, anche i meno critici verso le strutture del campo, citano questo problema come il principale tra quelli da loro affrontati nel recarsi agli *Health Center*. Si tratta anche in questo caso di un problema reale che si allarga andando a toccare un ampio spettro di problematiche.

«Se ti devo dire quali sono i problemi principali per noi qui nel *settlement* ... per primo c'è il cibo. Non è buono, nutriente. Non ce n'è abbastanza. Poi in secondo luogo la legna da ardere. Non c'è ... qui è stata tagliata tutta e devi andare lontano a prenderla e quando le donne vanno a raccoglierla vengono cacciate via dagli ugandesi. E poi non ci sono medicine nell'HC [...] mia moglie è malata e non l'hanno aiutata, non hanno capito cosa la fa star male e non ci hanno dato i farmaci ... così devi andare nel *bush* per le piante».²⁵

Le medicine non sono mai abbastanza, e soprattutto non sono mai quelle giuste. I difficili spostamenti e le lunghe attese spesso si risolvono nell'essere rimandati a casa con poche pillole e generalmente si tratta di antimalarici e

²⁵ Intervista con Richard del 16 luglio 2022, Village 6 Zone 3, Bidibidi.

paracetamolo. Lo ‘spettro del paracetamolo’²⁶ aleggia infatti su tutti i discorsi riguardanti la cura istituzionale e sta a simboleggiare molto più del singolo medicinale generico considerato inefficace e non adatto alla multiforme varietà dei problemi sanitari affrontati dai rifugiati. Parla di mancanza di ‘cura’, parla del disinteresse percepito verso i veri problemi esperiti dagli abitanti del *settlement* e parla di senso dell’abbandono, parla di incapacità di farsi ascoltare, di far valere la propria dignità nella sofferenza. Tornare a casa con poche pastiglie di un antimalarico o un antinfiammatorio viene letto non solo come l’ennesima ‘mancanza’, come quella delle razioni e di altri beni di prima necessità e non solo come dato strutturale della carenza degli aiuti; ma anche come disinteresse e incuria verso la sofferenza che i rifugiati stanno vivendo.

C’è frequentemente un profondo scoramento nei discorsi dei rifugiati riguardo alla mancanza di medicinali, a cosa serve recarsi presso un *Health Center* affrontando la distanza, i costi e le attese per poi tornare a casa con del ‘paracetamolo’.

E così, per molti rifugiati, chi lavora negli *Health Center* diventa arrogante e sprezzante: incapace di capire la sofferenza la sminuisce ulteriormente quando le medicine non ci sono e ancora di più quando di fronte al racconto della sofferenza l’unico aiuto che offre è del ‘paracetamolo’.

Insieme alla mancanza di medicinali viene anche lamentata la mancanza di strumenti e apparecchiature diagnostiche, e la mancanza di posti letto.

«È meglio andarci all’*Health Center*, ma ... non ci sono medicine, ma è meglio

²⁶ Uso qui il termine paracetamolo tra apici poiché con questo termine i rifugiati indicano un ampio spettro di analgesici e infiammatori considerati palliativi e poco efficaci. È anche vero che qui insorgono problemi di comunicazione tra gli abitanti del *settlement* e il personale sanitario.

andarci no?»²⁷ mi dice R. Lei è una *security leader*, fa parte di quei rifugiati che collaborano con IRC per fare da primo campanello di allarme e fare informazione sulla prevenzione delle violenze nel campo. La incontro mentre è di ritorno da una riunione che si è svolta proprio nell'*Health Center* principale della Zona 3.

«Vengo ora da lì, c'era molta gente. Immagino soprattutto per febbre e malaria e tosse. Alcuni rimarranno lì fino a stasera. Non c'è modo di sapere quanto tempo ci metterai e poi non sempre riescono a sapere cos'hai. Non possono fare i test, non tutti. Se hai la malaria o la pressione alta ... il resto non sempre. [...] E poi torni a casa con tre-quattro pastiglie, non sono sufficienti, quanto ti possono durare? Ma questo è anche colpa loro (dei rifugiati), se gliene dai di più magari le vendono o le prendono tutte insieme. Però quando vai di nuovo al centro per averne altre non sempre ci sono».

I medicinali, visti come pochi e inefficaci, sono non solamente strumento di lotta alla malattia, sono il simbolo di un abbandono e allo stesso tempo sono pienamente inseriti nell'economia del campo. Se l'accesso alle cure è gratuito per i rifugiati, le mancanze del sistema fanno sì che i medicinali erogati diventino frutto di investimenti economici per procurarseli e diventino a loro volta moneta, possibilità economica. I medicinali sono infatti veicoli di ideologia, modificano le percezioni della salute e contribuiscono a creare un'identità della malattia, segnano valori e relazioni sociali, sono mezzi di potere e dipendenza e creano domande da parte dei consumatori (Nichter, Vuckovic 1994).

Se da un lato qualcuno può vendere quelle poche pastiglie che gli vengono date e trasformarle in potere di acquisto per beni di prima necessità come abbiamo già visto succedere con le razioni di cibo; dall'altro la mancanza di medicinali e di strumenti diagnostici specialistici fa sì che i rifugiati si rivolgano alle *clinic* private. Il termine *clinic* è molto difficile da descrivere poiché abbraccia situazioni

²⁷ Intervista con R. del 28 febbraio 2022, Village 1 Zone 3, Bidibidi.

molto diverse: dall'ospedale privato ad Arua o a Kampala, al piccolo negozietto dentro o appena fuori dal settlement in grado di avere alcuni medicinali da banco e in alcune occasioni un microscopio. Alcuni di essi sono legati a centri più grandi nelle città vicine e possono quindi mandare presso il 'centro madre' dei campioni per essere analizzati o fungere da punto di smistamento verso queste strutture più grandi ma più lontane. In ogni caso questo comporta per i rifugiati la mobilitazione di risorse economiche ingenti, risorse economiche che nella quasi totale mancanza di lavoro salariato comportano la vendita di altri beni o l'indebitamento. Questo mina fortemente la presunta fruibilità gratuita del servizio sanitario nazionale contribuendo nel contempo a danneggiare la fiducia dei rifugiati nelle strutture sanitarie del *settlement*.

L'interazione con gli operatori sanitari e i loro centri può anche essere fonte di paura. Una paura che si articola su più livelli e con forti variazioni individuali ma che sembra avere dei punti in comune nella maggior parte della popolazione rifugiata.

In primo luogo, i centri sanitari vengono visti come occasione e spazio di contagio. "Vai lì per una cosa e non sai mai con cosa torni" è una frase che nelle sue numerose declinazioni è quasi sempre presente nei discorsi sui servizi di cura. Questo è dovuto in parte agli assembramenti che si formano negli *Health Center*, dove la prolungata presenza di un gran numero di malati in spazi ristretti aumenta il rischio di contagio e trasmissione delle malattie. L'incertezza della cura 'contagia' l'incertezza della malattia. Da luogo di cura il centro sanitario diviene luogo di infezione. Il rischio di tornare senza risposte e soluzioni aumenta esponenzialmente il dubbio sulla sofferenza, sommandosi e creando complicazioni inaspettate. A questo va probabilmente aggiunta la diffidenza verso un sapere capace di nominare la malattia, e nominarla in forme nuove ed estranee a quelle familiari ai rifugiati. La capacità di nominare il male viene anche letta come

capacità di ‘evocare’ il male, un potere di definizione della norma che ai rifugiati è negato. Una visione questa che non si applica ai soli operatori della cura bio-medica ma che applica, a questi ultimi, letture che derivano dalla concezione che i rifugiati hanno dei loro agenti ‘tradizionali’ della cura. Chi è capace di curare è anche di conseguenza capace di infliggere sofferenza in una linea di demarcazione spesso molto sfumata. Nel caso degli operatori sanitari questo viene aggravato dalle linee di diseguaglianza che vi sono tra le strutture del campo e i rifugiati, ma anche da un grado di difficoltà di traduzione tra logiche e pratiche diverse. Il contesto di Bidibidi presenta in questo senso molteplici sfide, tra cui la barriera linguistica, ma vi è anche un altro sforzo di traduzione necessario: quello sulle aspettative, sulle paure e sulla geografia sanitaria. La difficoltà di tradurre per un pubblico con un basso stato di alfabetizzazione le realtà medico-epidemiologiche è un ulteriore elemento di attrito e opacità con cui le ansie e le paure dei rifugiati si devono confrontare.

Uno sforzo che va in entrambe le direzioni. Il medico e l’operatore sanitario, si trovano immersi nell’interpretazione di ciò che il paziente vuole comunicare. Infatti, il paziente organizza la sua spiegazione cercando di far dedurre un malessere, sensazioni e aspettative all’interno delle sue coordinate socio-culturali. In un contesto multiculturale e multilingue, due sono i principali settori di confusione e sfida: il settore della comunicazione e quello del settore culturale (Quaranta, Ricca 2012). La comunicazione presenta tre livelli di difficoltà: la difficoltà prelinguistica, che si manifesta quando il paziente ha difficoltà a esprimere fenomeni che accadono nel suo spazio privato; la difficoltà linguistica, sia a livello di significante (diversa lingua) sia a livello di significato (diversi concetti di salute e di malattia); la difficoltà metalinguistica, legata all’arbitrarietà dei valori dei simboli. Il settore culturale riguarda, invece, le differenze culturali nell’immaginare eziologie della sofferenza che possono entrare in conflitto basandosi su differenti valori filosofici, religiosi, visioni del corpo e

dell'ambiente che lo circonda.

Una frattura della comunicazione-traduzione in queste due aree può portare a una deriva nel piano terapeutico da seguire, e il concetto di benessere/salute rischia di essere ridotto a un'azione farmacologica semplice derivante da ciò che il medico è riuscito a comprendere e ciò che il paziente è riuscito a comunicare tramite la sua sintomatologia. Questo espone al rischio di riduzione del paziente nella sua totalità a un semplice corpo malato e, mancando di inserire la malattia in un più ampio sistema di squilibri e sofferenze, può aumentare quella mancanza di riconoscimento e validazione percepita dai rifugiati. Ogni individuo racconta la propria storia in modi che sono linguisticamente regolati e socialmente convenzionali. La narrazione della sofferenza è già una ricerca di possibili significati da attribuire agli eventi e riflette le credenze, le norme e i valori specifici del mondo culturale e sociale del soggetto (Giarelli 2005). Il momento della nominazione del male e la sua traduzione in sintomi è un processo codificato culturalmente. Poiché l'esperienza umana è organizzata simbolicamente, la malattia diventa un'esperienza plasmata culturalmente, come ricorda Ivo Quaranta (2012), all'interno di un sistema simbolico culturale diverso, i riferimenti a organi come il cuore o il fegato possono essere forme idiomatiche culturalmente codificate per esprimere esperienze sociali.

Un'altra fonte di timore, e incomprensioni, riguarda il destino delle partorienti che si recano negli *Health Center*. È infatti molto diffusa una narrazione che vede i reparti di ostetricia come 'camere della morte' in cui le donne in procinto di partorire entrerebbero per poi non uscirne mai più o nelle quali si uccidono i bambini. Non è infrequente sentire parlare di altissimi numeri di madri morte durante il parto, di bambini nati già morti²⁸. E questo sarebbe da attribuirsi non solo ad una mancanza di attrezzature, medicinali e personale

²⁸ I dati ufficiali, tuttavia, non riportano alti tassi di mortalità neonatale o tra le puerpere.

qualificato, ma in numerosi casi viene lasciato intendere quasi un intento doloso se non addirittura di controllo della crescita della popolazione migrante.

«Mia moglie è quasi alla fine della gravidanza e sono preoccupato. Non so. Ovviamente all'*Health Center* ci sono i dottori, ma magari possiamo partorire in casa con la madre, le zie e poi andare all'HC se ci sono problemi. [...] Ne senti parlare ovunque, solo questo mese cinque donne sono morte durante il parto con i loro bambini, lì. All'*Health Center*. [...] E poi se ci sono complicazioni magari le portano a Yumbe o ad Arua per settimane. Alcune scompaiono. Solo le nostre donne, non è così per le comunità ospitante».²⁹

In un saggio sulle strategie di *coping* delle donne migranti in Norvegia riguardo alla gravidanza Viken, Lyberg e Severinsson (2015) evidenziano come queste fossero preoccupate di preservare la propria integrità fisica nel nuovo paese. Molte di loro faticavano a trovare un significato, a causa di una comunicazione inadeguata, alla lotta per garantire una gravidanza e un parto sicuri. Alcune si sentivano insicure e tali insicurezze non venivano prese sul serio dal personale medico che non riusciva a comprenderle. Le loro norme tradizionali venivano spesso ignorate e non venivano utilizzati interpreti. Esistevano anche ostacoli organizzativi nelle cure prenatali, in quanto non erano progettate per i migranti o adattate alle loro esigenze e questo le portava a sperimentare una maggiore dissonanza tra aspettative ed esperienze.

Ma non c'è solo questa dissonanza, nel *settlement* i discorsi sull'integrità fisica delle partorienti e dei loro figli assumono connotazioni tragiche che la inseriscono in discorsi storici sul potere e sulla medicina. Sembra di poterci rivedere infatti quell'ombra di cannibalismo, con consumo del corpo individuale e sociale

²⁹ Conversazione privata con M, 2022, Bidibidi.

dell'altro che ricorda le pratiche di stregoneria descritte nel famoso libro di Evans-Pritchard (1939) in cui gli stregoni tra gli Azande si muovono come luci nella notte per rubare l'energia vitale dagli organi delle loro vittime. Il cannibalismo non è solo interno, ma anche e soprattutto esterno. Il potere coloniale, in particolare nelle sue figure manipolatrici di corpi, i medici, è spesso stato visto come 'vampirizzante' in una metafora più ampia dello sfruttamento delle energie e delle forze dei popoli sottomessi e ci parla di violenza e di tratta degli schiavi. Quei corpi che Beneduce (2010) definisce "buoni da mangiare" e su cui i medici *banchetterebbero* e di cui continuano a nutrirsi tra iniezioni, prelievi e vite rubate fin dalla nascita, sono ancora una volta al centro di discorsi sulle disparità di potere, sulla possibilità normativa e possibilità di *agency* dei rifugiati. Bernault (2006) in una disamina sugli immaginari del 'commercio di organi' inserisce questi atti temuti di cannibalismo nelle logiche del potere sui corpi e ne riscontra la nascita negli anni della colonia, in cui non solo si verifica un'egemonia occidentale con il suo sfruttamento, le sue leggi e la sua medicina. Ma vi legge anche lo stridere di due concezioni diverse nel momento in cui una di queste viene inserita in un sistema globale. In questo senso la medicina e i servizi erogati nel *settlement*, parlano di relazioni di potere che ancora una volta trovano un mezzo di espressione privilegiato sui corpi in un contesto in cui il rifugiato e le sue concezioni su cosa sia la sofferenza e la cura si scontrano non solo con logiche bio-chimiche, ma anche con un universo globale della cura peculiare degli interventi umanitari verso i rifugiati.

Le possibilità di accesso alla cura limitano le opportunità di scelta e di realizzazione per gli individui, ne incanalano e limitano la libertà di scegliere cosa fare del proprio corpo e delle sofferenze che questo esperisce. Le condizioni economico-sociali dei migranti, inclusi fattori come lo status giuridico, l'occupazione, il reddito, l'inclusione sociale e il genere possono avere un impatto significativo sull'accesso alle cure mediche e sulla qualità dell'assistenza ricevuta.

Vi sono barriere linguistiche, mancanza di informazioni e di comprensione reciproca tra medici e pazienti, difficoltà strutturali di mezzi e approvvigionamento e di carattere finanziario. Nondimeno le interazioni tra operatori sanitari e malati possono influenzare la percezione della cura e la sua qualità, ma non si può limitare a progetti di formazione e informazione. Bisogna tenere conto di come i discorsi sulla cura informino e siano informati dal contesto storico, culturale, sociale, economico e come questo non si esaurisca nel dato statistico sull'efficacia o meno di un determinato trattamento.

3.2 Esempi di itinerari terapeutici

3.2.1 Alex

Alex ha lavorato con me come facilitatore e traduttore nel 2022, ha 24 anni e da sei vive nella Zona 3 del settlement. Non parla molto di sé prima del campo e raramente fa accenni al viaggio verso l'Uganda o alla sua vita in Sud Sudan. Le poche volte in cui me ne parla è per raccontarmi del nonno che gli aveva dato un 'portafortuna' in osso per proteggerlo durante l'attraversamento del confine. Oppure quando il discorso, come molto frequentemente accade, verte sul cibo. Questo solitamente elicitava ricordi sull'abbondanza del suo Paese d'origine in cui il clima migliore e la disponibilità di terra rendevano possibile mangiare 'come esseri umani'. Non come nel campo dove a causa dei ritardi e delle riduzioni delle razioni spesso rischiava di arrivare a fine giornata senza un pasto. Situazione ulteriormente aggravata dal fatto che recentemente il suo nucleo familiare era stato separato dalla famiglia allargata nell'ultimo censimento, riducendo ulteriormente

le razioni che gli spettavano³⁰. Questo, unito alla difficoltà di trovare una fonte di reddito, o una qualsiasi forma di lavoro salariato, era per lui causa costante di preoccupazione. In passato aveva lavorato per una piccola ONG aiutandoli nella somministrazione di alcuni questionari, ma i fondi per pagare i collaboratori erano in ritardo di molti mesi. E anche la collaborazione con me era per forza di cose temporanea.

Alex ha sempre mostrato un forte interesse per gli argomenti della mia ricerca, i suoi *insight* e le sue domande, unite al suo ampio bacino sociale, sono state per me molto preziose. La sua posizione sulla sanità nel *settlement* era critica, ma generosa e in ogni intervista in cui i problemi dei servizi sanitari emergevano, annuiva confermando, ma poi con me discuteva dei vantaggi che comunque questi servizi rappresentavano. Riusciva a vedere le criticità del sistema sanitario, ma era fortemente convinto che ‘in fondo’ fosse meglio rivolgersi alle strutture del *settlement*. Nel luglio del 2022 però, un piccolo taglio prima e un grave incidente poi lo inseriscono pienamente nelle problematiche dei servizi della salute.

Tutto comincia una mattina con un taglio sulla mano destra che lui stesso non sapeva come si era procurato. Nonostante la mia insistenza per recarci nel luogo in cui abitavo per disinfettarla, lui minimizza: «Abiti troppo lontano, non è niente. Domani se non è guarito andrò all’*Health Center*» mi dice. E così il giorno dopo Alex lo trascorre per intero al centro sanitario, ma senza riuscire a farsi visitare a causa della presenza di casi più gravi, e ciò si ripete per altri due giorni. Quando lo sento telefonicamente continua a minimizzare, ma ammette che la mano comincia a dargli un certo fastidio. Il terzo giorno di mattina presto lo vedo arrivare con una

³⁰ UNHCR e OPM svolgono regolari censimenti della popolazione rifugiata per tenere traccia delle cambiate condizioni demografiche. Durante l’ultimo censimento però è stato deciso di aggiornare lo status e i componenti dei gruppi famigliari spesso diminuendo la quantità di membri dipendenti da un singolo capo famiglia. Questa pratica pensata come uno strumento di efficientamento delle distribuzioni alimentari ha comportato in molti casi una diminuzione delle razioni erogate ai rifugiati.

rudimentale tracolla che gli sorregge il braccio e un fazzoletto avvolto intorno ad una mano estremamente gonfia. Mi racconta di essere andato all'*Health Center* dove gli avevano dato tre pastiglie di 'paracetamolo' per il dolore e gli avevano fasciato la mano con una garza dicendogli di tornare tre giorni dopo se il problema persisteva. Tenere la garza pulita però si era rivelato impossibile e ora doveva ricorrere ad un fazzoletto di tessuto.

Per tutto il giorno continua a rifiutare le mie proposte d'aiuto, quando anche con un certo imbarazzo per l'evidente disparità di mezzi, mi offro nuovamente di dargli un disinfettante e delle garze pulite. Insiste anche per continuare la giornata di lavoro con me, probabilmente preoccupato di 'perdere il lavoro' nonostante le mie ripetute rassicurazioni in senso contrario. Quello che fa però è diversificare il suo percorso di cura³¹. Durante un'intervista con un'erborista approfitta degli argomenti trattati per indirizzare il discorso verso una possibile cura per sé. La donna prontamente scompare per alcuni minuti e torna con una polvere di origine vegetale³² che gli applica sul palmo della mano assicurandola all'arto con una bustina di plastica. La sera però accetta di accompagnarmi a casa e sostituire la busta di plastica con una garza e mi chiede di dargli degli anti-infiammatori. La delusione sul suo volto, quando gli confido di avere solo del paracetamolo, è enorme. Nonostante sapesse, perché ne avevamo parlato, che io non potevo assumere altri medicinali non penso mi avesse veramente creduto.

³¹ Questi percorsi di ibridazione degli itinerari terapeutici sono, come vedremo nel prossimo capitolo, la norma e non l'eccezione. Non solo a causa delle mancanze del sistema sanitario del settlement, ma in generale di fronte alla malattia e la sofferenza i migranti si rivolgono a più fonti e agenti della cura.

³² La composizione di questo rimedio non mi è stata spiegata. Molto spesso infatti i guaritori erboristici mi hanno parlato delle proprietà mediche delle piante senza esitazione, abbinando la diagnostica al rimedio vegetale. La stessa trasparenza però veniva frequentemente a mancare quando si trattava del prodotto finito: come a difendere, e mantenere esclusivo, l'ulteriore passaggio di tecniche e conoscenze che trasforma la pianta in farmaco.

La condizione della mano però peggiora velocemente, nei giorni successivi si gonfia ulteriormente, con evidente produzione di pus e Alex diventa febbricitante. All'*Health Center* dove torna per il suo appuntamento gli vengono dati degli anti-piretici e gli viene imposto di dismettere il rimedio fitoterapico. La situazione è grave, decido così di contattare un medico di mia conoscenza in Italia e spiegatogli il problema mi consiglia una cura antibiotica grazie alla quale la mano guarirà in pochi giorni.

Da quel momento l'atteggiamento di Alex verso le strutture mediche del campo cambierà nettamente.

Alex purtroppo avrà ancora un'altra grave disavventura, la sera prima della mia partenza dal campo infatti è vittima di un grave incidente in moto che gli procura profonde ferite al volto e ad una gamba. Questa volta viene prontamente assistito, ma non ci sono posti letto per lui. La mattina dopo quando vado a trovarlo prima di prendere il pullman che mi porterà a Kampala lo trovo a casa di un cugino. Lì sua moglie insieme alle altre donne della sua famiglia possono prendersi meglio cura di lui e sua figlia può essere accudita dalla famiglia allargata. Anche attraverso il bendaggio si nota che le ferite sono profonde, lui è dolorante e non può parlare.

Mi dicono mostrandomi un blister semivuoto che dall'*Health Center* hanno ricevuto solo le bende che ha addosso e gli hanno dato sei pastiglie di antidolorifico. È difficile capire in quel momento cosa succederà, al centro gli hanno detto di tornare l'indomani per dargli altri medicinali e per decidere se mandarlo ad Arua per una radiografia. I toni di tutti sono sommessi, dubbiosi. La sfiducia è palpabile. Su tutto aleggia il problema di chi si prenderà cura della sua famiglia durante la convalescenza. La comunità si sta già attrezzando, bisogna pensare a comprare altri medicinali e bisognerà pagare le riparazioni della moto a chi gliela aveva prestata. Qualcuno chiede quando sarà la prossima distribuzione di

cibo. Io sto partendo per tornare a casa, gli lascio i miei medicinali. Io e il cugino ci mettiamo a fare una veloce opera di traduzione dei bugiardi. Quando me ne vado, mi sembra quasi di tradirlo. Io sto partendo, torno in Italia e quei medicinali che gli ho lasciato per me sono poca cosa; per lui, la sua famiglia e gli altri rifugiati invece sono un bene prezioso, un lusso su cui si gioca la qualità delle loro vite.

Alex fortunatamente guarirà senza complicazioni ulteriori. Per telefono mi dicono che sta bene, lui ogni tanto mi scrive. Mi dice che ci è voluto un po', per fortuna non c'erano ossa rotte e le ferite non si sono infettate, ma a fare quella radiografia non è mai stato portato. Gli hanno fatto un paio di iniezioni di antibiotici e l'hanno rimandato a casa.

La storia di Alex è esemplificativa delle criticità, enunciate precedentemente, del sistema sanitario a Bidibidi. Ci parla di quelle attese, di quelle mancanze che sono così frequenti nelle esperienze di cura di cui i rifugiati sono protagonisti. Un taglio da niente rischia di diventare qualcosa di molto grave e un incidente molto più grave non può essere trattato con efficacia a causa della mancanza di farmaci e strumenti adeguati. I farmaci non ci sono, o sono inadatti alle problematiche che Alex deve affrontare. Quando insorge il bisogno di cure questo mette immediatamente in moto la comunità e va a inficiare fortemente sull'equilibrio di bisogni che deve affrontare. Farsi del male, ammalarsi, implica un 'costo' sia economico che sociale. Implica il dover sottrarre tempo e risorse ad altri bisogni primari. Ci parla dei motivi di quel senso di abbandono e di risentimento che i rifugiati hanno verso le strutture del *settlement*. Di una sfiducia che si nutre di migliaia di interazioni e che trascende le esperienze individuali.

Ma fa anche riflettere il divario enorme che c'è tra il rifugiato e il ricercatore. Se è vero che quello farmacologico e di accesso alla salute non è l'unico divario, è anche vero che la disparità di mezzi e conseguentemente di potere tra il ricercatore

e i rifugiati è netta. E come tale va presa in considerazione nell'analizzare il rapporto con gli intervistati e ancora di più con i propri collaboratori. Il mezzo farmaco ci parla di universi economici della cura inconciliabili. Alla mia partenza dall'Italia pieno di idee su come avrei condotto la mia ricerca sulle risorse fitoterapiche a disposizione dei rifugiati, non mi era forse pienamente chiaro quale 'tesoro' medicinale stesse viaggiando con me. Medicinali generici che si possono trovare senza nessun problema in ogni casa italiana, nel contesto del *settlement*, diventano la discriminante tra ridurre considerevolmente il cibo a disposizione di un intero gruppo familiare e curarsi. Una scelta che sicuramente avrebbero dovuto compiere in circostanze diverse. E la disponibilità immediata di un consulto medico che io ho ottenuto con una breve chiamata era forse l'atto più 'alieno' che i rifugiati mi avessero visto fare. La disparità non è solo economica, ma è ancora più estrema nell'accesso alle conoscenze e alle tecniche della cura, nella possibilità di accedere senza nessuno sforzo ad un parere specialistico, nell'immediatezza e nella certezza di sentirsi tutelati che io avevo e loro neanche riuscivano ad immaginare.

3.2.2 Moses

Moses ha circa 70 anni, la data esatta di nascita non è chiara nemmeno a lui, mi dice ridendo. È nato in Uganda da genitori Sud Sudanesi e vi è rimasto fino all'età di sei anni quando la famiglia ha riattraversato il confine. In seguito, è tornato per altre due volte in Uganda negli anni Ottanta e Novanta per sfuggire alle violenze della guerra. In quegli anni si stabilisce a Koboko, un villaggio a pochi chilometri dal luogo in cui sorge adesso Bidibidi. «Avevamo dei parenti a Koboko. Ci siamo rimasti qualche anno e poi siamo tornati indietro di nuovo. Poi verso la

fine degli anni Novanta sono tornato, ma solo per mandare i miei figli a scuola. Li ho portati alla boarding school e io sono ritornato in Sudan». Nel 2016 all'apice dell'ondata migratoria che ha dato vita al *settlement* sua moglie con altri parenti arrivano a Bidibidi, lui resta in Sudan. Prova per un po' a continuare a lavorare, ma «era troppo pericoloso, così li ho raggiunti nel 2017».

«Io sono più ugandese di molti ugandesi» scherza, «ma qui sono un rifugiato. La vita non è facile, il cibo è il problema principale. E il clima qui non è buono non puoi coltivare nulla. Ma per me anche coltivare non è facile».

Quando nel marzo 2019 vengo a sapere di lui è perché lui vuole vedermi. Ha infatti saputo che c'è un italiano che gira per il settlement facendo domande su questioni mediche. Ed un giorno di marzo mentre assistevo ad una campagna vaccinale con *Real Medicine Foundation* una giovane donna raggiunge l'*outpost* in cui mi trovavo per informarmi che Moses avrebbe avuto piacere di incontrarmi. L'incontro però non avverrà, quando mi reco a casa sua qualche giorno dopo infatti lui non c'è. Mi viene detto che si è dovuto spostare fuori dal *settlement* per sottoporsi a delle cure in una *clinic* di Arua e che starà per un po' di tempo da alcuni parenti.

L'anno successivo al mio ritorno in Uganda prendo subito accordi per incontrarlo, prima ancora di raggiungere il *settlement*, ma l'insorgenza della pandemia di Covid-19 fa sì che io non raggiunga mai il campo. Così a tre anni di distanza dal primo tentativo di contatto finalmente ci incontriamo nel 2022. È estremamente felice di vedermi, ha messo per me il vestito 'buono' che consiste in una tuta blu da meccanico, il lavoro che svolgeva in passato e di cui va molto fiero. Quando arriviamo da lui mi viene in contro con molte difficoltà. Cammina a fatica e usa una stampella spezzata, i cui due monconi sono tenuti insieme da una corda, per aiutarsi. Come spesso accade vengo accolto con tutte le cortesie e dopo numerosi convenevoli e dopo essere stato presentato ad ogni famiglia presente ci sediamo

su piccoli sgabelli artigianali all'ombra di un grande albero che sorge esattamente al centro del suo *compound*.

La mia italianità è al centro della conversazione con Moses e sono più le domande che lui mi pone sul mio Paese di quante riesca a farne io a lui. Moses infatti è quasi completamente cieco a causa di un'infezione agli occhi e della cataratta. Nel 2018 un'equipe di medici italiani era venuta nel campo tramite un progetto umanitario legato alla chiesa cattolica e aveva portato Moses e altri cinque pazienti a Gulu³³ per essere operati agli occhi. Dopo una serie di esami preliminari e una promessa di operare la sua cataratta il progetto si è interrotto e l'equipe non è mai tornata.

«Quando ho saputo che tu eri qui, ho pensato che fossero tornati. Ma non importa. Loro sono stati buoni con me. Non ho pagato nulla per farmi visitare e sono sicuro che se Dio vuole torneranno. Ora è il mio turno di fare del bene verso un italiano. Dio mi ricompenserà».

Ma gli occhi non sono l'unico problema di Moses. Un dolore acuto alle ginocchia e all'anca lo tormenta da anni.

«All'*Health Center* ci mando i miei nipoti, non ce la faccio a camminare fino a lì, stare lì tutto il giorno e poi mi conoscono. Ogni tanto mi danno degli antidolorifici, spesso però tornano con degli antimalarici. Cosa me ne faccio degli antimalarici. [...] Io sono benedetto da Dio. Mio figlio ha un lavoro fuori dal settlement. Lui vive a Kampala, l'ho fatto studiare. Così posso pagare per la *clinic*. Non sempre. Spesso li dobbiamo usare per il cibo o per i vestiti, per pagare un pezzo di terra ai *nationals*³⁴».

³³ Gulu è la città più grande del nord dell'Uganda, sede di numerose ONG e uno dei principali centri sanitari del Paese a circa 250 km da Bidibidi.

³⁴ La pratica di affittare un appezzamento di terreno dalle popolazioni ugandesi è diffusa,

Le cliniche a cui Moses si appoggia sono di due tipi: da un lato intende le piccole farmacie private che sorgono in alcuni punti del campo con medicinali generici presso le quali acquista quando può degli analgesici; dall'altro un piccolo ospedale privato ad Arua dove ha fatto delle visite preliminari per farsi operare agli occhi e dove spera a breve di potersi sottoporre all'operazione.

«Se Dio vuole dovrei riuscirci. Forse non quest'anno. Magari il prossimo. [...] Credi che non abbia provato all'*Health Center*? Fanno promesse, ma io son ancora qui così...».

Moses rappresenta un'altra categoria di rifugiati che si rivolgono alla sanità. Se anche per lui il centro sanitario interno al campo è fonte di delusione per la mancanza di medicinali e ancora di più per le mancate promesse; la stessa delusione non riesco a leggerla nei confronti di quella équipe medica italiana arrivata per un mese nel *settlement* e poi scomparsa portando con sé altre promesse non mantenute. La speranza per queste promesse si riaccende brevemente quando viene a sapere che un altro italiano è arrivato nel campo, e non svanisce mai del tutto. Torneranno sicuramente, mi dice, sono uomini legati alla chiesa e Dio provvederà. Moses quindi dopo la breve parentesi di aiuto internazionale deve ricorrere a itinerari di cura che si muovono sul lato del privato. È fortunato, il figlio infatti in virtù delle scuole svolte in Uganda è riuscito a trovare un lavoro, anzi non è neanche passato dal campo. I soldi di questa rimessa fanno molto per aiutare chi invece nel campo ci vive e in condizioni 'normali': non di carenza di beni primari avevano permesso a Moses di investire nella ricerca di una cura. La nuova situazione finanziaria, non solo degli aiuti nel *settlement*, ma anche quella del figlio dopo gli anni della pandemia hanno messo uno stop al suo percorso di guarigione.

tra chi ne ha la disponibilità economica, poiché molto spesso i terreni allocati dal *settlement* ai rifugiati non sono sufficienti a soddisfare il fabbisogno alimentare.

3.3 Il Covid

In situazioni di crisi come la pandemia di COVID-19, gli apparati di salute pubblica di uno Stato vengono messi fortemente alla prova. Si è visto come soprattutto nelle prime fasi del contagio questo peso fosse praticamente insostenibile anche per le economie più avanzate. Per molti Stati africani applicare appropriate misure di salute pubblica per tutelare la sicurezza della propria popolazione si è rivelato particolarmente complicato soprattutto in situazioni dove le misure devono essere proporzionate anche per difendere gli strati minoritari e più fragili della popolazione (Powell, Durojaye 2022). Le risposte di emergenza del Governo ugandese, similmente a molti altri Stati hanno dovuto confrontarsi non solamente con la crisi interna dovuta all'evento pandemico, ma anche con l'emergenza migratoria dettata dagli altissimi numeri dei rifugiati nel Paese. Questi numeri non solo rappresentavano una popolazione fragile da difendere, ma anche possibili enormi bacini di contagio.

L'Uganda ha implementato una serie di riferimenti normativi e pratiche per la prevenzione del virus non esenti da critiche. Il Paese ha, nel contesto pandemico adottato misure rigorose, inclusa una chiusura temporanea di negozi, imprese e trasporti pubblici. Queste misure prese per limitare la diffusione del virus, hanno ovviamente avuto un impatto significativo sull'economia del Paese incidendo particolarmente sulle persone che dipendono dalle attività informali per la propria sussistenza quotidiana. Inoltre, l'evento pandemico ha fatto emergere alcune criticità intrinseche come l'onnipresente narrazione della militarizzazione per sconfiggere "un nemico invisibile". James Nguuki (2020) suggerisce che la pandemia di COVID-19 è stata per l'Uganda un momento di difficile

amministrazione della popolazione con forti complicazioni dovute all'intervento dell'esercito, un esercito legato a doppio filo alla guida politica del Paese in quanto figlio dei movimenti di guerriglia che hanno portato al potere le forze governative.

Ma in un primo tempo l'emergenza è stata sottovalutata dalla popolazione, nei primi giorni in cui l'Italia era al centro dell'emergenza pandemica, in Uganda come in molti altri Paesi africani l'opinione diffusa era che si trattasse di una malattia occidentale, una malattia che non circolava nel Paese o addirittura non colpiva la popolazione di colore.

Il Governo ha però preso misure tempestive. Il primo caso di COVID-19 è stato confermato in Uganda il 21 marzo 2020 e il giorno successivo è stato dichiarato un lockdown su tutto il territorio. Le misure chiave includevano la chiusura delle frontiere del Paese, in entrata e in uscita, il divieto di assembramento, la chiusura delle scuole e dei luoghi di culto, il fermo di trasporti pubblici e privati. È stata inoltre sottolineata la necessità di mantenere il distanziamento sociale per contenere la diffusione della malattia. Solo i camion transfrontalieri sono stati autorizzati a continuare a trasportare merci. Secondo i dati del Ministero della Salute trasmessi tramite i propri canali social al 17 giugno 2020, verso la fine del primo lockdown erano stati fatti almeno 159.324 campioni e, tra questi, erano stati confermati 741 casi positivi di cui 486 si sono ripresi. Inoltre, il governo non registrava alcuna morte legata al COVID-19³⁵. La maggior parte dei casi avrebbe infatti riguardato i conducenti di camion transfrontalieri.

A metà 2020 però le capacità di *testing* erano ancora molto limitate con solo otto centri abilitati in tutto il Paese e due laboratori mobili per il test e la diagnosi. Così come limitato era l'acquisto e la distribuzione dei dispositivi di protezione individuale (DPI) agli operatori sanitari. E anche tra la popolazione l'utilizzo di mascherine e guanti era estremamente limitato.

³⁵ <https://twitter.com/minofhealthug/status/>

L'Uganda ha inoltre avviato programmi di insegnamento ai bambini attraverso la radio e la televisione stanziando fondi per l'acquisto e la distribuzione di radio a ogni famiglia e televisori a ogni villaggio. Le università dopo qualche difficoltà iniziale hanno intrapreso percorsi di studio a distanza tramite internet, ma questo ha creato forti difficoltà agli studenti, non tutti in grado di reperire un computer. Il blocco delle attività economiche ha creato una forte recessione economica e difficoltà nell'approvvigionamento di cibo, soprattutto nelle città. Di conseguenza, il governo ha acquistato e distribuito cibo ai più vulnerabili. Ogni individuo di un nucleo familiare ha ricevuto 6 kg di farina di mais e 3 kg di fagioli per un intero mese. Alle famiglie con madri in gravidanza, in fase di allattamento e ai bambini sono stati forniti 2 kg di latte in polvere e 2 kg di zucchero. Molte persone anziane non sono riuscite ad accedere al cibo poiché la distribuzione alimentare è stata effettuata solo nei centri urbani, lasciando fuori le aree rurali dove vive la maggioranza degli anziani. Ma anche in città ci sono stati problemi con l'approvvigionamento e molte delle persone con cui ho parlato mi hanno confermato che le distribuzioni erano insufficienti, quasi sempre in ritardo e soprattutto non sufficienti a coprire l'intero periodo del lockdown.

«Lo zucchero non è mai arrivato, e il resto è arrivato in ritardo. So di qualche madre che ha avuto il latte. Ma poche, qui nel quartiere ho fatto io le distribuzioni, lo so».³⁶

I due aspetti più intrinsecamente connessi al campo profughi di Bidibidi riguardano però proprio le politiche sulle frontiere ed il comparto di sanità nazionale. La chiusura delle frontiere ha sicuramente avuto la sua efficacia per limitare l'arrivo di nuovi casi, ma ha allo stesso tempo avuto un impatto significativo sull'economia e sulla mobilità delle persone. Per il contesto di Bidibidi questo provvedimento ha avuto allo stesso tempo un impatto enorme per

³⁶ Intervista a Godfery del 21 novembre 2021, Kampala

quanto riguarda il movimento degli aiuti e del personale internazionale, ma non ha fermato in alcun modo il movimento attraverso la porosa linea di confine con il Sud Sudan. Data la vulnerabilità della popolazione rifugiata e la potenziale mancanza di infrastrutture sanitarie e risorse adeguate nel campo, impedire l'ingresso di persone esterne avrebbe potuto ridurre il rischio di trasmissione del virus e preservare la salute e la sicurezza dei rifugiati già presenti. D'altra parte, la chiusura delle frontiere ha limitato anche l'accesso a servizi essenziali per i rifugiati. È sicuramente risultato più difficile per gli operatori umanitari e le organizzazioni internazionali fornire supporto e assistenza nel campo a causa delle restrizioni di movimento e dei controlli alle frontiere. Gran parte del personale internazionale presente nel campo inoltre ha lasciato il Paese a inizio 2020. Se la comunità internazionale si è attivata per mandare fondi e materiale nel *settlement* questi si sono però rivelati insufficienti. È importante anche considerare le implicazioni psicologiche della chiusura delle frontiere. I rifugiati hanno infatti sperimentato una maggiore sensazione di isolamento e disconnessione dalla comunità.

Si temeva infatti che i fattori legati alla pandemia potessero aggravare le attuali difficoltà di salute mentale dei rifugiati sud sudanesi (McKague 2020) e sebbene il supporto sociale sia parte integrante per facilitare la salute mentale dei rifugiati (Hynie 2018), questo era quasi impossibile durante la pandemia da COVID-19 sia per evitare il contagio sia perché la quasi totalità del supporto psicologico è fornita da agenzie internazionali sotto il cappello di UNHCR.

Ma la porosità del confine con il Paese di origine ha fornito ai rifugiati una via di fuga dalla chiusura sociale e dalle difficoltà economiche ulteriori create dalla pandemia. Molti uomini infatti sono tornati in Sud Sudan durante i lockdown per cercare lì opportunità lavorative che in Uganda non c'erano. Ancora nel 2022, nonostante un aumento della popolazione totale del campo, non era raro vedere dei

compound abbandonati e la ratio di popolazione femminile su quella maschile era notevolmente aumentata.

I rifugiati hanno usufruito solo in parte delle razioni aggiuntive stanziare dal governo e questo unito alla già presente scarsità delle razioni ha fatto sì che la strategia di ‘uscita’ di molti rifugiati alleggerisse il numero di bocche da sfamare. Solo a fine 2020 le strutture del campo hanno potuto cominciare a disporre di kit per il *testing* e grazie alle donazioni internazionali la distribuzione di mascherine chirurgiche è stata piuttosto capillare se non continuativa.

La chiusura delle scuole però ha agito in senso contrario, i principali edifici scolastici infatti distribuiscono cibo agli allievi e in loro mancanza il fabbisogno di cibo delle famiglie è aumentato. Allo stesso tempo la prolungata assenza da scuola e i lunghi periodi di inattività hanno avuto profonde ripercussioni per i giovani del campo. Fonti interne a *International Rescue Committee*³⁷ evidenziavano come durante il periodo pandemico ci sia stato un aumento esponenziale delle gravidanze in età adolescenziale e conseguentemente dei matrimoni tra i minorenni.

Durante le fasi iniziali dell'epidemia di COVID-19 nel campo rifugiati di Bidibidi, sono state adottate una serie di misure preventive urgenti per contrastare la diffusione del virus e proteggere la popolazione. La priorità era quella di informare i rifugiati su sintomi e le modalità di trasmissione. Sono state organizzate sessioni di sensibilizzazione e incontri comunitari per fornire informazioni chiare e comprensibili sulla prevenzione e l'importanza delle misure di igiene personale svolte dal personale sanitario, anche tramite i *Village Health Team*, i quali sono stati incaricati inoltre di svolgere un ruolo di primo intervento diagnostico al fine

³⁷ Conversazioni personali con lo staff dell'organizzazione.

di indirizzare i possibili contagiati verso il centro medico al fine di evitare assembramenti. Per quel che riguarda il territorio sono state istituite misure di controllo all'ingresso del campo, con l'installazione di *check point* e *screening* per misurare la temperatura corporea e identificare eventuali sintomi sospetti. Le persone con sintomi riconducibili al COVID-19 venivano sottoposte a isolamento con misure di quarantena. Questo però si è dimostrato controproducente, molti rifugiati mi hanno confidato che se i sintomi non erano gravi preferivano non recarsi a fare il test proprio per paura di essere messi in quarantena. La quarantena infatti veniva svolta nelle strutture dell'*Health Center* fino ad esaurimento posti e chi era in sovrannumero veniva mandato a Yumbe. La paura era quella di dover rimanere lontani da casa per settimane senza poter provvedere alla propria famiglia.

«Molti non andavano a fare il test. Se non stai troppo male non puoi rischiare che ti mettano in quarantena. Mia moglie è stata a Yumbe per due settimane. E io sono dovuto rimanere a casa con i bambini. E poi non puoi neanche andare a trovarli».³⁸

Successivamente, è stata implementata una politica di lockdown nel campo di Bidibidi, come parte delle misure di distanziamento sociale. Durante questa fase, le persone erano tenute a rimanere all'interno delle loro abitazioni, limitando al massimo gli spostamenti ad eccezione di casi di emergenza o per l'accesso a servizi essenziali come le strutture sanitarie. Particolare attenzione è stata posta alle pratiche di prevenzione. Sono stati distribuiti kit di igiene contenenti sapone, disinfettante per le mani e mascherine. L'effettivo utilizzo delle mascherine è stato però molto limitato. Questo non è un comportamento esclusivo dei rifugiati, durante i miei soggiorni di campo infatti, anche durante i mesi di lockdown che ho trascorso a Kampala quasi nessuno indossava la mascherina nonostante gli

³⁸ Intervista con Ezekiel del 20 febbraio 2021, Viillage 4, Zone 3, Bidibidi.

obblighi e i controlli. La distribuzione di sapone invece è stata limitata. Alcune organizzazioni hanno provato a distribuire gel igienizzante per le mani, ma le quantità erano largamente insufficienti per coprire il fabbisogno.

Nel 2021 è stata aumentata la capacità diagnostica con l'arrivo di kit di *testing* e sono state create aree dedicate per l'isolamento dei casi sospetti o confermati, garantendo che essi fossero adeguatamente monitorati e assistiti dal personale medico. Nonostante numerosi tentativi si è però rivelato quasi impossibile implementare azioni di tracciamento dei contagi. I dati del *settlement* possono dare una possibilità di analisi anche del contesto nazionale del contagio. A febbraio 2022 quando il governo ugandese aveva appena dichiarato finito il secondo lockdown e gli annunci del Ministero della Salute che potevo leggere sull'account Twitter del governo annunciavano un centinaio di contagi a settimana in tutto il Paese, i centri sanitari della Zona 3 avevano riscontrato 50 contagi³⁹. Considerando le reticenze da parte dei rifugiati nel recarsi presso le strutture del *settlement* per essere testati e le limitate capacità di *testing* dei centri sanitari questo pone forti dubbi sulle stime ufficiali del governo⁴⁰.

Il personale medico mi ha anche accennato a tentativi di modalità alternative di erogazione delle cure, come le consulenze mediche a distanza tramite telemedicina, ma con scarsi risultati per la difficoltà di reperire e utilizzare strumenti adatti a questi interventi.

L'implementazione di queste pratiche nel campo di Bidibidi ha rappresentato una sfida a causa delle limitate risorse, della mancanza di accesso all'acqua pulita e

³⁹ Intervista a C. del 27 febbraio 2022, Village 1, Zone 3, Bidibidi.

⁴⁰ Lo staff medico di un ospedale privato di Kampala con cui ero in contatto nello stesso periodo mi parlava di centinaia di contagi a settimana che loro comunicavano allo Stato e che non comparivano evidentemente nelle statistiche ufficiali.

all'igiene adeguata, nonché delle condizioni di sovraffollamento. Tuttavia, l'impegno delle autorità sanitarie, degli operatori umanitari e della comunità stessa è stato fondamentale per mitigare il rischio di diffusione del virus e proteggere la salute dei rifugiati.

Il governo ugandese ha svolto un ruolo centrale nella gestione della crisi sanitaria, fornendo orientamenti, risorse e supporto logistico per la prevenzione, il controllo e la risposta alla diffusione del virus all'interno del campo. Le organizzazioni umanitarie, come la Croce Rossa e altre organizzazioni internazionali, hanno lavorato a stretto contatto con il governo per implementare programmi di sensibilizzazione, fornire assistenza medica e promuovere la salute nel campo. Così come UNHCR e l'UNICEF, hanno svolto un ruolo chiave nella fornitura di supporto tecnico, risorse finanziarie e competenze specializzate per garantire la salute e il benessere nonostante il personale e i mezzi fortemente ridotti.

Il personale del campo è stato colpito in prima persona dalla pandemia, i contagi tra i membri degli operatori sanitari, soprattutto tra quelli di nazionalità ugandese, sono stati molto alti. Il contagio però sembra essere avvenuto fuori dal *settlement*, in occasione delle festività durante le quali il personale tornava a casa propria e si ammalava. Questo non ha aiutato nella gestione dell'emergenza andando ad inficiare ulteriormente le capacità di reazione e resilienza del sistema sanitario.

L'esperienza nel *settlement* di Bidibidi ha fornito diverse lezioni che sottolineano l'importanza della pianificazione anticipata, dell'accesso alle risorse e della formazione del personale sanitario. Con questo non intendo sottolineare una specificità del contesto dell'accoglienza rifugiati in Uganda poiché come purtroppo si è visto quasi nessuno aveva piani e strutture adatte a inizio pandemia. Ma sarebbe fondamentale, soprattutto in un contesto emergenziale quale quello dei campi, disporre di piani di emergenza sanitaria ben definiti e aggiornati in anticipo. Questi piani dovrebbero comprendere procedure per il monitoraggio e il

controllo delle malattie infettive, l'identificazione tempestiva di focolai, la gestione dei casi e la comunicazione efficace con la comunità. Allo stesso modo un adeguato accesso alle risorse è fondamentale per una risposta efficace. Ciò include forniture mediche e dispositivi di protezione individuale sufficienti per il personale sanitario, attrezzature per i test, strutture di isolamento e trattamento, nonché risorse finanziarie per garantire la disponibilità di servizi di salute essenziali.

Un altro aspetto particolarmente rilevante ha riguardato le preoccupazioni sulla capacità del sistema sanitario ugandese di far fronte all'aumento dei casi di COVID-19. L'Uganda, come molti altri Paesi africani, ha potuto disporre di risorse sanitarie limitate e di una copertura sanitaria non universale. Ulteriori difficoltà si sono riscontrate anche nella diffusione del vaccino. Le priorità della strategia di vaccinazione COVID-19 del Ministero della Salute dell'Uganda (MOH) erano state principalmente due ossia fornire vaccini nelle strutture sanitarie e raggiungere la popolazione tramite campagne vaccinali intensive. Quando i vaccini sono arrivati per la prima volta in Uganda nel marzo 2021, il governo ha dovuto prioritizzare alcune categorie a rischio. Le persone di età pari o superiore a 50 anni e le persone con comorbidità sono state tra i primi gruppi idonei a ricevere il vaccino COVID-19.

Tuttavia, è un dato che le persone non si sono affrettate a farsi vaccinare. Cinque mesi dopo che i gruppi prioritari avevano avuto accesso ai vaccini, meno di una persona su dieci di età pari o superiore a 50 anni era stata vaccinata e meno di una persona su 20 di età inferiore ai 50 anni con comorbidità aveva ricevuto un vaccino COVID-19⁴¹. Dopo un'iniziale ritrosia i membri del governo hanno intrapreso campagne social e di informazione per dare l'esempio. La *World Bank*, il *Global*

⁴¹ Dati diffusi dal Centers for Disease Control and prevention, <https://www.cdc.gov/globalhealth/stories/2022/us-cdc-in-uganda-and-pa.html>

Financing Facility e l'Agenzia statunitense per lo sviluppo internazionale (USAID) hanno invece fornito fondi per introdurre dei sistemi di monitoraggio degli impatti socio-economici del Covid-19. In uno studio del 2022 riportato dai canali della *World Bank* (Atamanov & al. 2022) si è visto che i dati diffusi dal *Centers for Disease Control*, mostravano, ancora a dicembre 2022, che un buon numero della popolazione non risultava vaccinato e che tra i vaccinati pochi avevano più di una dose. Le voci sulla sicurezza, o mancanza di sicurezza, del vaccino COVID-19 erano abbondanti in Uganda, compresi i miti che affermavano che il vaccino avrebbe ucciso le persone invece di prevenire la malattia. Questa disinformazione ha scoraggiato, come intuibile, molte persone dal farsi vaccinare.

All'inizio dell'epidemia era inoltre evidente come nelle città ugandesi ci fosse una diffidenza verso gli stranieri in generale e gli occidentali in particolare, una diffidenza che a poco a poco ha alimentato diversi tipi di narrazione a volte di carattere complottistico. Ricordo che a inizio marzo 2020 quando da noi era appena iniziata la pandemia non era raro che gruppi di persone mi indicassero per le strade di Kampala e in alcuni casi mi è capitato di dovermi allontanare da capannelli di persone che mi seguivano urlando 'covid' come una specie di canto apotropaico. La paura del contagio è un fenomeno che ha radici profonde nella storia dell'umanità. Diverse epidemie e pandemie hanno generato sentimenti di paura e ansia nella società (Snowden 2019) plasmando le paure collettive legate alle malattie infettive ma soprattutto legate alla diffusione del contagio, spesso legate alla paura dell'"altro". Un altro in Africa che molto spesso è stato l'occidentale. Studi come quelli di Arthur Kleinman e Byron Good, hanno evidenziato come la paura del contagio sia spesso collegata a dinamiche sociali, culturali e politiche, influenzando le reazioni individuali e collettive di fronte alle malattie infettive.

La comprensione di questa paura collettiva è stata però in questo contesto molto

flebile e non subito si è riusciti a promuovere una risposta efficace all'epidemia. Si sono in più contesti tralasciati alcuni aspetti relativi all'educazione sulla salute pubblica e creando un'iniquità non solo rispetto alla distribuzione del vaccino, ma anche all'accesso di informazioni affidabili e complete. Non di meno le disparità socio-economiche del Paese sono state esacerbate nel momento pandemico dalla difficoltà degli abitanti di zone marginali a raggiungere i centri di vaccinazione e coprire i costi ad associati con lo spostamento.

Nel *settlement* la campagna vaccinale è iniziata a fine 2021 e secondo le autorità del campo quasi tutti nel 2022 avevano ricevuto una dose di vaccino, un dato in controtendenza con la media nazionale grazie anche ai fondi e alle dosi mandate dagli aiuti internazionali⁴². Ma inizialmente la campagna vaccinale è stata vista con diffidenza e hanno dovuto essere messe in atto campagne di sensibilizzazione e informazione capillari.

«Qui quasi tutti, se non tutti hanno fatto il vaccino. Jhonson&Jhonson quello con una sola dose. [...] Sì all'inizio anche io non ci volevo andare. Dicevano che potevi morire o ti venivano altre malattie. Però hanno vaccinato prima il personale degli *Health Center*, e loro non sono morti. La gente quindi si è rassicurata».⁴³

Come suggerisce Dely (2020), la crisi della pandemia di COVID-19 risulta prendere le sembianze di un fenomeno biosociale. Richiede una risposta che possa tenere conto e allineare in modo più produttivo le comprensioni biologiche e sociali della pandemia al fine di esaminare le dinamiche di queste complesse interazioni e sviluppare interventi appropriati ed efficaci. La pandemia di COVID-19 non può essere compresa solo dal punto di vista biologico, considerando il virus stesso e le sue modalità di trasmissione. È fondamentale riconoscere che la

⁴² Non sono però riuscito a trovare dati attendibili sull'effettiva copertura vaccinale.

⁴³ Intervista con Jack del 14 luglio 2022, Viallge 1, Zone 3, Bidibidi.

diffusione del virus e la risposta ad esso coinvolgono profondamente anche i fattori sociali, culturali ed economici. Le restrizioni imposte per contenere la diffusione del virus, come il distanziamento sociale e le misure di lockdown, hanno avuto impatti significativi sulle dinamiche sociali, economiche e psicologiche delle persone. La comprensione biosociale della pandemia richiede un approccio integrato che consideri sia gli aspetti biologici della malattia, come la diffusione del virus e la sua patogenesi, sia gli aspetti sociali, come le disuguaglianze nell'accesso alle cure, l'impatto socio-economico e le risposte collettive. Questo approccio permette di esaminare le complesse interazioni tra fattori biologici e sociali e di sviluppare interventi che tengano conto di entrambi gli aspetti. Ad esempio, le politiche di salute pubblica devono considerare non solo la diffusione del virus, ma anche le disparità socio-economiche che possono influenzare l'accesso alle cure e la capacità delle persone di adottare misure preventive. È necessario considerare le differenze culturali, le credenze e le pratiche locali per sviluppare strategie di comunicazione efficaci e promuovere comportamenti salutari nella comunità.

Capitolo IV

Intrecci di Sistemi

Negli ultimi decenni, particolarmente a partire dalla dichiarazione di Alma Ata (WHO 1978), l'interesse per le pratiche mediche di volta in volta descritte come alternative, tradizionali o complementari si è andato imponendo al centro dei dibattiti e delle strategie sull'utilizzo di tali medicine. Soprattutto riguardo alla possibile funzione di queste pratiche e saperi nei confronti della biomedicina occidentale.

Il dibattito non si limita a tradizioni mediche, come quella cinese e quella indiana, con cui le società cosiddette occidentali hanno maggiore confidenza e familiarità anche a ragione della loro penetrazione all'interno degli orizzonti medici quotidiani, ma propone un rinnovato interesse per la funzione ancillare e riempitiva che le tradizioni mediche altre hanno in contesti in cui la biomedicina rimane carente nei mezzi e nelle strutture. L'ansia umanitaria ed economica dei *millennial goals*, si ricordi lo slogan dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) "Salute per tutti entro il Duemila", ha avuto il pregio di portare all'attenzione dei governi, delle organizzazioni internazionali e non governative e delle scienze sociali il problema di queste medicine, del loro statuto e di quello dei loro operatori. L'obiettivo enunciato dalla WHO è quello di cooptare tradizioni altre nell'erogazione dei servizi sanitari di base nei Paesi in via di sviluppo, al fine di integrare i piani di *Primary Health Care*. Spesso questo obiettivo è visto come

subordinato ad una professionalizzazione degli operatori della cura in questi sistemi di medicina. Se si può parlare quindi di un riconoscimento di questi universi di cura, mentre in passato venivano spesso tacciati di immobilismo superstizioso se non addirittura apertamente osteggiati, questo processo non è però esente da rischi e ambiguità. L'opera di riconoscimento nel tentativo di cooptare e individuare rischia fortemente di attuare una pericolosa azione di riduzione dei significati di tali medicine, soprattutto nel momento in cui li si voglia leggere con le categorie occidentali o su di esse appiattirli (Bernardi 1984, 1998; Dozon 2000).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel nuovo millennio ha emesso due documenti, *Traditional Medicine Strategy 2002-2005* e *2014-2023*, nei quali riconosce l'importanza e la diffusione delle medicine tradizionali e complementari e ne indaga i punti critici. L'OMS definisce la medicina tradizionale come la somma delle conoscenze, abilità e pratiche basate su credenze ed esperienze, che differiscono da cultura a cultura, usate per la prevenzione, la diagnosi e la cura di malattie fisiche e mentali. Si distingue dalla medicina 'complementare' o 'alternativa' la quale corrisponde a pratiche che non sono parte della tradizione o della cultura tradizionale di un Paese. Questa distinzione è importante poiché pone una divisione netta tra le conoscenze e le pratiche mediche non autoctone e quelle che invece hanno le loro radici nella cultura indigena. In un mondo che è sempre più globalizzato, anche per quello che riguarda le risorse mediche a disposizione dei singoli e delle comunità, dove oramai il commercio delle risorse fitoterapiche ha assunto caratteri trasversali non solo nell'utilizzo che ne fanno i Paesi sviluppati, ma anche come forma di crescita economica per i Paesi in via di sviluppo, questa distinzione può aiutare a mettere l'accento su problemi importanti quali quelli legati ai diritti sulla proprietà intellettuale.

Inoltre, l'OMS definisce come prodotti della medicina tradizionale le erbe medicinali e tutti quei rimedi da esse derivati che usano le piante come ingredienti

e in alcuni casi componenti organiche e inorganiche. Riconosce poi pratiche come l'agopuntura e terapie manuali come la chiropratica e altre tecniche come il qigong, il tai chi, lo yoga, la medicina termale e altre terapie mentali o spirituali.

L'attenzione è quindi focalizzata quasi interamente sui prodotti fitoterapici derivati dalla lavorazione di erbe e piante medicinali. In questo senso l'OMS non si discosta dal paradigma imperante all'interno degli studi scientifici sulle medicine tradizionali. Allo stesso tempo essa pone in evidenza i rischi che queste medicine comportano: la possibilità di prodotti con materiali di scarsa qualità o nocivi, di guaritori non qualificati a eseguire una diagnosi precisa o a preparare i rimedi e il rischio di un dosaggio non preciso.

Per questo motivo nella *Strategy 2014-2023* (WHO 2013) elenca i punti da porre come linee guida per gli Stati membri: creare le basi per sviluppare standard internazionali; linee guida tecniche e metodologiche per la ricerca; stimolare la ricerca su sicurezza ed efficacia della medicina tradizionale; identificare le diverse espressioni delle medicine tradizionali e chi le esercita; promuovere un uso della medicina tradizionale basato sulle evidenze cliniche; creare una regolamentazione per tutelare la proprietà intellettuale delle popolazioni indigene e delle comunità locali e il loro patrimonio culturale e allo stesso tempo permettere la ricerca e lo sviluppo; favorire l'integrazione con i sistemi di cura occidentali per migliorare l'accesso della popolazione alle cure.

Gli Stati membri sono quindi chiamati ad un arduo compito: per poter effettivamente utilizzare le risorse tradizionali in loro possesso devono districarsi nel complesso esercizio di indagare, comprendere e sedimentare un sistema altamente variegato di pratiche e saperi, spesso esistente solo in forma orale e gelosamente custodito. Una volta identificato questo sapere e dopo averlo compreso e tutelato nella sua specificità sociale e culturale, i governi dovranno promulgare un corpus di leggi in grado di regolamentare i criteri di accesso al

ruolo di guaritore tradizionale. E attraverso la ricerca isolare quelle parti più vicine al metodo scientifico e non nocive del sapere tradizionale che meglio si adattano a essere integrate in un sistema 'igienico' come quello biomedico. Nel fare ciò gli Stati membri devono tutelare le comunità e loro stessi nei confronti del mercato internazionale e dalle forme di biopirateria. In questo modo non solo si riuscirà a 'modernizzare' la tradizione rendendola accettabile per il sistema medico, ma si procederà verso quei *millennial goals* che dovrebbero portare salute a basso costo per tutti.

E in questo senso alcuni passi avanti sono stati compiuti a livello nazionale. L'Uganda ha infatti iniziato da anni, sulla scia di altri Paesi africani, un tentativo di riconoscimento e regolamentazione dei saperi, delle pratiche e degli agenti della cura, soprattutto fitoterapica.

L'iniziativa viene avviata nel febbraio del 2015 quando il governo centrale ugandese pubblica sulla gazzetta ufficiale il *Bill Supplement* no. 2, ovvero *The Indigenous and Complementary Medicine Bill*⁴⁴. Con questa legge il governo di Museveni ha tentato per la prima volta di regolamentare il mondo della medicina tradizionale.

Gli obiettivi di questa legge sono: definire e standardizzare la medicina indigena e complementare in relazione alla medicina moderna (*modern medicine*); istituire un *National Council of Indigenous and Complementary Medicine Practitioners*; definire le funzioni e gli obiettivi del *Council* tra cui il controllo e la regolamentazione delle pratiche di medicina indigena e complementare; provvedere alla registrazione dei guaritori e delle loro pratiche.

Devono inoltre istituire standard minimi per la pratica e individuare le pratiche che si pongono al disotto di tali limiti, proteggere e promuovere la professione legata alle pratiche di medicina indigena e complementare. E promuoverne un uso

⁴⁴ The Indigenous and Complementary Medicine Bill, Uganda Gazette no. 7. feb. 2015, UPCC, Entebbe.

razionale attraverso lo sviluppo di dati empirici, la collaborazione tra medicina indigena e moderna e la creazione di coltivazioni di erbe medicinali.

Nel testo della legge (p. 6) viene anche data una definizione di medicina erboristica sulla quale basarsi per raggiungere gli obiettivi sopra elencati. Essa viene definita come ogni prodotto medicinale etichettato (*labeled*) che contiene come elementi farmacologicamente attivi parti di una pianta o combinazioni di piante al loro stato naturale o lavorate. In alcuni casi questo prodotto può contenere anche composti di origine non vegetale.

È interessante come la prima definizione proposta nel documento prenda in considerazione solo prodotti medicinali fitoterapici e come fin da subito marchi la necessità di standard di produzione. Secondo la legge infatti può essere considerato rimedio medicinale solo un prodotto *labeled*. L'etichettatura sta qui a rappresentare il punto finale di un percorso di produzione che passa per una standardizzazione delle medicine erboristiche. È nella necessità di mezzi di produzione, confezionamento ed etichettatura e nella volontà di ricerca di dati empirici che vengono intraviste le basi necessarie per la collaborazione con la medicina 'moderna'. E soprattutto per poter entrare nel mercato della farmacologia su basi riconosciute a livello internazionale.

Questa legge segue in gran parte le linee di quei processi individuati dalla WHO. Vi viene enunciata la necessità di stabilire chi possa esercitare la medicina tradizionale e prevede la forma dell'associazionismo al fine di creare un settore professionale. L'associazione che il governo ugandese sta cercando di istituire sarà legata all'apparato statale e dipendente da esso sia per la regolazione interna sia per i finanziamenti.

La ricerca e la standardizzazione, nelle pratiche e nei prodotti rimangono i punti focali che permetterebbero alla medicina tradizionale di porsi in rapporto e, perché

no, in competizione commerciale con la biomedicina e le sue industrie farmaceutiche. Alla *National Drug Authority* viene quindi delegato il controllo e la registrazione dei rimedi fitoterapici attraverso l'emissione di patenti e brevetti. Ai guaritori invece viene chiesto di provvedere ad un servizio che produca farmaci testati, conservati correttamente e 'scientificamente' etichettati.

Tale processo è in divenire e ancora incompiuto a livello nazionale. Se infatti l'aspirazione è quella di registrare tutti gli erboristi 'virtuosi', i costi per i membri sono onerosi. La necessità di adattarsi a forme di imballaggio ed etichettatura, le tasse di iscrizione e la registrazione dei propri prodotti potrebbero essere uno scoglio per molti erboristi. Questi si troverebbero quindi al di fuori del riconoscimento ufficiale con il rischio di essere identificati come praticanti illegali.

Questo è ancora più valido per i guaritori erboristici tra i rifugiati del *settlement* di Bidibidi. L'accesso a questo tipo di riconoscimento è pressoché impossibile per la quasi totalità dei rifugiati a causa della mancanza di mezzi economici e di produzione. Il loro status di rifugiati in un contesto permeato da una sanità che fa capo non solo al sistema sanitario nazionale, ma anche al variegato contesto degli aiuti umanitari internazionali, rende le azioni a sostegno e le reazioni contro le medicine indigene ancora più complicate. Curare 'tradizionalmente' nel *settlement* non è ben visto. Tranne in pochissimi casi, nella Zona da me presa in esame, questo 'lavoro' non veniva svolto pubblicamente, normalmente anzi la prima reazione davanti alle mie domande era quella di negare le proprie conoscenze e l'esercizio delle proprie pratiche. Solo una persona esercitava in modo pubblico avendo trasformato il proprio *compound* in una specie di centro sanitario alternativo; la maggior parte degli altri guaritori, anche se conosciuti come tali nel *settlement*, operavano quasi di nascosto, diffidenti e diffidati dal personale sanitario del campo. Le pratiche tradizionali di cura non sono infatti ben viste dal personale sanitario e in alcuni casi sono additate come causa dei numerosi

problemi sanitari che colpiscono i rifugiati.

«Vengono da noi troppo tardi, vanno prima dai guaritori e solo dopo vengono da noi quando magari tu non puoi fare più niente. [...] Alcuni dei loro rimedi potranno anche funzionare, ma il fatto che vadano prima da loro crea grossi problemi... e tanti altri rimedi fanno solo peggio».⁴⁵

Molte delle ONG che si occupano di natalità e nutrizione infantile imputano alle pratiche tradizionali molte delle criticità da loro riscontrate tra le mamme e i loro neonati.

«L'aderenza alle pratiche neonatali dei rifugiati, unita alle scarse risorse, fa sì che spesso i bambini siano malnutriti e le madri non se ne rendevano conto prima dei nostri interventi. Noi di *Action Against Hunger* ci siamo battuti molto contro le pratiche neonatali nel *settlement*, per non parlare di quando cercano di partorire in casa senza mezzi adatti ed in condizioni igieniche pessime»⁴⁶.

Allo stesso tempo però alcune sporadiche iniziative a supporto di una medicina ancillare di base sono state fatte. Molti mi hanno parlato di un periodo in cui UNHCR avrebbe cominciato una distribuzione di sementi di piante medicinali 'riconosciute' da far piantare ai rifugiati nei loro giardini. Ma tale progetto è stato interrotto subito dopo una fase sperimentale e i pochi semi distribuiti non sarebbero sopravvissuti alla prima stagione secca.

Solo uno dei miei interlocutori affermava di aver intrapreso il percorso di riconoscimento come guaritore da parte del governo ugandese per poi abbandonare a causa dei costi. Non solo quelli di iscrizione, ma anche quelli legati agli spostamenti necessari a completare l'iter. La maggior parte dei guaritori da me

⁴⁵ Intervista con C. del 20 Gennaio 2022, Zone 3, Village 6, Bidibidi.

⁴⁶ Intervista con Anita Kweto del 3 Marzo 2019, Yumbe.

intervistati aveva sentito parlare di questa possibilità ma non aveva nessuna idea di come intraprendere tale percorso. Inoltre, dalle mie indagini sulle modalità è emersa la necessità di passare attraverso vari corpi amministrativi del *settlement* prima di poter accedere alle strutture nazionali associative dei guaritori e questo pone un ulteriore ostacolo, se come abbiamo visto esistono *bias* contro le medicine ‘tradizionali’ che potrebbero impattare la reputazione e la vita dei rifugiati.

«Devi andare dal *village leader* a farti fare una lettera di presentazione, poi dal capo della Zona, poi devi andare negli uffici della *subcounty*, e poi a Kampala e per ogni passaggio le cifre da pagare aumentano. Mi hanno detto che devi provare che sai guarire e che non fai le cose in maniera sbagliata. Una specie di lettera di referenza, meglio ancora se vai dal *camp commandant* e ti fai riconoscere. E poi devi andare a Kampala dove hanno la sede e pagare anche un milione o due di scellini e poi ci sono altri costi e ci possono volere mesi o anni».⁴⁷

4.1 Bodo e Buni: le figure della cura in cambiamento

L’universo della cura ‘indigena’ nella Zona 3 è dominato da due figure: i *Bodo* e i *Buni*, in una dicotomia presentata alle volte come il bene contro il male, ma che esercitano in uno spettro di pratiche interrelate e dalle linee di demarcazione non sempre precise. Spesso poste in un preciso ordine gerarchico e valoriale, queste figure condividono un comune insieme di riferimenti simbolici. Entrambi operano la cura e in quanto tali entrambi sono in grado di causare sofferenza e di fare del male. Ma è il *Buni* a essere un agente delle forze maligne, un avvelenatore, un mezzo attraverso cui opera chi ha intenzioni nocive. È il *Bodo* invece a operare secondo principi che ad un osservatore possono sembrare quasi

⁴⁷ Intervista con Jacob del 17 Luglio 2022, Zone 3, Village 14, Bidibidi.

assimilabili ai principi della biomedicina, tramite l'uso di una farmacopea fitoterapica che sembra associare in un processo di causalità diretta il sintomo alla pianta. Ma è anche vero che nessuno dei miei interlocutori si è mai definito altro da *Bodo*, nonostante alcune delle pratiche da loro utilizzate rientrassero nelle definizioni delle tecniche in possesso dei loro antagonisti.

È difficile descrivere la figura del *Buni*, in passato quando tra altri guaritori ugandesi mi ero trovato davanti a una dicotomia⁴⁸ simile, questa parlava di una separazione di ruoli che era figlia di fratture sociali e ideologiche createsi nel periodo coloniale. Mi era stato allora possibile incontrare e intervistare i guaritori spiritualisti i *Bakumu*, questi erano tacciati di pratiche arcaiche e 'stregonesche'; tuttavia esistevano guaritori che si definivano *Mukumu*, intendendo che oltre all'apparato fitoterapico erano in grado di utilizzare strumenti spirituali per guarire.

Steven Feierman (2005), riflettendo sulle trame nascoste che circondano la biomedicina e il colonialismo rivela come le attuali forme di salute pubblica siano state plasmate da storie, ideologie e pratiche che si sono scontrate e ricostruite in forme nuove durante il periodo coloniale, anche attraverso la violenza e la repressione. Concezioni di potere curativo che già si muovevano lungo linee ambigue nella loro intrinseca capacità di guarire e fare del male si inserivano però maggiormente nel sistema sociale e politico delle civiltà precoloniali.

Il controllo sulla guarigione era al centro del potere politico e i guaritori lo potevano appoggiare o destabilizzare (Feierman 2005). Attraverso l'introduzione del Cristianesimo, la soppressione delle rivolte, l'uccisione e l'esilio di capi e re, così come di guaritori e profeti, la riorganizzazione dell'economia politica e l'imposizione di sistemi di autorità e leggi estranei, il colonialismo ha represso e interrotto queste forme di potere e conoscenza. In questo processo, la guarigione si

⁴⁸ Durante le ricerche per le tesi triennale e specialistica tra i guaritori erboristico *Konzo* del Rwenzori.

è separata dall'ordine politico.

Le autorità coloniali hanno iniziato a intervenire in questioni di salute pubblica, come epidemie e carestie. Allo stesso tempo, hanno cercato di circoscrivere il campo della medicina africana a quello di una tradizione senza tempo e arcaica, cercando di rendere illegali le pratiche dei guaritori. L'introduzione delle leggi anti-stregoneria e il raggruppamento di tutte le pratiche considerate dalle autorità coloniali come irrazionali o occulte nella categoria di stregoneria hanno contribuito alla confusione. Le missioni cristiane hanno ulteriormente rafforzato queste attitudini nei confronti del campo della guarigione in una lotta contro il paganesimo che vedeva negli agenti della cura alcuni tra i nemici da combattere. Nei loro sforzi di modernizzazione, i governi postcoloniali hanno in gran parte etichettato il campo della medicina e delle pratiche di guarigione non scientifiche come irrazionale e antimoderno (Prince 2015).

Per quanto riguarda il *Buni* invece non ho incontrato nessuno che si autodefinisse tale. Essere definiti come *Buni* non è solo dannoso per la propria reputazione, ma può esserlo anche per la propria sicurezza personale. La popolazione della Zona 3 ne è spaventata, questi sono agenti del male, avvelenatori che diventano arma non solo di frizioni all'interno della comunità, ma parlano anche della violenza intergruppo. Questo è emerso in particolare durante due interviste da me svolte: nella prima, a metà intervista i miei collaboratori si sono convinti che la persona con cui stavamo parlando fingesse di essere un *Bodo* e che fosse in realtà un *Buni*. Questo ha fatto sì che la loro diffidenza crescesse immediatamente trasmettendosi anche all'interlocutore: il clima gioviale di chiacchierata che fino a quel momento aveva caratterizzato lo scambio è cambiato completamente, lo si poteva leggere sulle loro facce, nei movimenti nervosi dei loro corpi. Solo ad intervista finita tiraranno un respiro di sollievo comunque chiedendomi di non ripetere l'esperienza.

La seconda istanza è ancora più tesa; durante un'intervista in un villaggio alla periferia della Zona 3 i miei collaboratori si allontanano bruscamente e cominciano a parlare concitatamente con alcuni membri della famiglia dell'uomo con cui stavo parlando. Dopo pochi secondi, tornano da me e mi chiedono di andar via perché, mi dicono, devono tornare immediatamente a casa loro per motivi personali. Solo sulla via del ritorno, ormai lontani dal luogo dell'intervista, mi confesseranno di essere voluti andare via perché quella era una famiglia di 'avvelenatori' e che erano stati avvicinati con domande ambigue e vagamente aggressive sui loro legami familiari. Questo li aveva fatti temere per le loro vite e da qui la fuga repentina. Il veleno mi dicono può agire in molti modi, è sia letterale che figurato: il veleno può essere messo nel cibo, sparso nell'aria sotto forma di fumi o polveri, oppure può essere una sorta di maledizione, per cui verrai in seguito morso da un serpente o ti ferirai senza apparente motivo e la ferita sarà infetta. Questo parla di credenze che in qualche modo ricordano il saggio di Evans-Pritchard sulla stregoneria tra gli Azande (1939), ma ancora di più ci raccontano di una violenza intergruppo. Il sapere a quale famiglia si appartiene, a quale gruppo sociale, equivale a rimettere le relazioni nell'ottica del conflitto in atto in Sud Sudan, dove la violenza e le alterne inimicizie e alleanze si muovono spesso sulle linee comunitarie. Il veleno, l'intenzione maligna, il *Buni* sono la personificazione della violenza e come tali vengono visti. È possibile che in passato quella del *Buni* fosse una figura di agente della cura in possesso di un differente apparato simbolico e di una gamma di strumenti della cura più ampia, e che nel contesto della violenza questa distinzione abbia assunto un'accezione sempre più negativa. Quando ho chiesto ai miei interlocutori di descrivere la figura del *Buni*, la frase che veniva ripetuta più spesso era "hanno il potere". Un potere che li rende in grado di agire sugli altri in modi impreveduti e sconosciuti quindi non controllabili. Il loro mezzo, il veleno, è sempre presente nei discorsi sulla malattia e sulle disgrazie: se una persona muore improvvisamente, se ci si ferisce, se ci si ammala, se si ha un rovescio economico, se il mais piantato non cresce. Il veleno e

l'invidia, la malevolenza che ne sono stati la causa prima e il mandante, sono sempre cause da prendere in considerazione e dietro tutto ciò aleggia la figura del *Buni*, l'esecutore materiale di quelle forze nocive. Queste figure, sembrerebbe dai discorsi dei rifugiati, agiscono nell'ombra e con le ombre, con forze oscure, pagane; forze che derivano da spiriti esterni al consesso cristiano e in quanto tali totalmente nocivi. I *Buni* si aggirano tra la gente comune e sono pronti a colpire quando uno meno se lo aspetta; nessun guaritore è mai completamente al sicuro da queste accuse, ma normalmente il 'malvagio' è sempre nell'altra famiglia, nell'altro gruppo, nell'altro villaggio. Come detto precedentemente, questi discorsi sono informati dalla violenza e si muovono lungo le fratture del conflitto, sono umani. Ma non sempre, il veleno e gli avvelenatori infatti possono colpire anche fuori dal contesto umano, nel *bush* durante un viaggio al di fuori dell'ambiente addomesticato del villaggio. Il veleno è quindi uno strumento umano derivato dall'inumano, dall'esterno. Una caratteristica che in parte condivide con il rimedio fitoterapico: anche nella medicina infatti si ha un frammento del mondo naturale, raccolto nel *bush* fuori dal consesso umano e che, come tale, può essere nocivo. Ma quando viene addomesticato e umanizzato si rende capace di guarire, di diventare una forza del bene. Un *farmacon* come nell'accezione greca del termine che può essere allo stesso tempo cura e veleno.

Con il termine *Bodo*⁴⁹ viene definito il guaritore erborista, o meglio, con questo termine vengono definiti i guaritori 'positivi' coloro che fanno del bene, che curano e non provocano sofferenza per cui si può anche utilizzare il calco *daktari*⁵⁰. Il guaritore erborista, il *Bodo lo jiniko ti kata*, ne è una specializzazione. Letteralmente il termine si può tradurre con il guaritore/medico (*Bodo*) che utilizza

⁴⁹ Il termine è in lingua Bari, nonostante la pluralità di lingue nella zona da me presa in esame il Bari fungeva da lingua franca e il termine Bodo era comunemente compreso da tutti.

⁵⁰ Dall'arabo attraverso la forma kiswahili.

le medicine (*jiniko*) derivate dalle piante (*ti kata*). Egli è quindi un operatore della cura, che utilizza come strumento terapeutico l'apparato erboristico in suo possesso, ed è colui che è in grado di trasformare le piante (*kata*) in medicine. Il guaritore erborista opera principalmente attraverso la farmacopea fitoterapica secondo principi che, a prima vista, sembrano volutamente biomedici. In realtà anche questa tipologia di operatore non è scevra da pratiche che potremmo definire spiritualiste da un lato e magiche, nell'accezione frazeriana del termine, dall'altro. Né gli strumenti farmacologici in suo possesso si limitano al solo mondo vegetale. La maggior parte dei miei informatori tende a dare una definizione del proprio ruolo come di un semplice raccoglitore e somministratore di erbe che in virtù della propria conoscenza è in grado di riconoscere e trasformare in farmaco. Tale definizione, però, si applica alla quasi totalità della popolazione. Nei suoi requisiti minimi infatti la conoscenza delle erbe curative, tranne forse tra le generazioni più giovani, è un sapere di senso comune.

Tra le persone intervistate non mi è sembrato di cogliere, tranne in rarissimi casi, una specializzazione lavorativa; infatti, quello del *Bodo* non era un lavoro a tempo pieno, si trattava di persone comuni, uomini e donne di varia provenienza ed estrazione. Non sembra esserci neanche un'uniformità di classe o di ceto, né una netta derivazione familiare nella trasmissione dei saperi e del ruolo.

Le conoscenze sono per la maggior parte tenute all'interno dell'ambito familiare, ma non è detto che esse vengano acquisite secondo il diritto della primogenitura. Gli erboristi, infatti, asseriscono di essere stati scelti dai loro maestri per le doti personali da essi dimostrate.

«Sono stato istruito da mio padre, mio padre tagliava un pezzo di corteccia da un albero e mi diceva: di questo albero si taglia questa e quest'altra parte, questa cura la determinata malattia e questa un'altra, e mio padre è stato istruito da suo padre. Io ero il più 'agile' (*nimble*) tra i miei fratelli e mio padre ha scelto

me». ⁵¹

È quindi la prontezza e la voglia di apprendere a fare di una persona un candidato alla trasmissione del sapere. Una conoscenza che viene tramandata con l'esempio e immagazzinata attraverso la memoria. Il termine *nimble* è usato spesso per descrivere le capacità mentali e a volte anche fisiche dei giovani apprendisti. Un'agilità mentale e una dimestichezza con l'esterno al consesso umano, l'addentrarsi nel *bush* nella natura non addomesticata per coglierne le forze e addomesticarle nel farmaco, nella cura.

«Mi hanno insegnato i miei nonni, mostrandomi le diverse erbe e le malattie che curano. Andavo con loro a guardare il tipo di erbe stavano raccogliendo e poi mi sedevo con mio nonno e mi mostrava come prepararle e come somministrarle». ⁵²

Allo stesso modo non sembra esserci una trasmissione incentrata sul genere: da padre a figlio e da madre a figlia. Le donne da me intervistate dichiaravano di aver appreso le proprie conoscenze dai loro padri e viceversa per gli uomini.

L'apprendista quindi si impone all'attenzione del maestro per la propria curiosità. Allo stesso modo non pare esserci una cerimonia che lo consacri in possesso delle capacità adatte ad esercitare, ma semplicemente affianca il maestro nel lavoro quotidiano e nella cura. Egli gli mostra pazientemente quali piante usare per ogni malattia, quali parti di ogni pianta, come somministrarle e come riconoscere le malattie; finché impadronitosi degli strumenti non viene a sua volta riconosciuto dalla comunità in merito della sua bravura. In rari casi, invece il discorso verge su una malattia iniziatica, ma è un discorso pericoloso e ambiguo che deve

⁵¹ Intervista con Josh del 10 gennaio 2019, Zone 3, Village 5, Bidibidi.

⁵² Intervista con Fred del 4 aprile 2019, Zone 3, Village 1, Bidibidi.

immediatamente vergere su una chiamata divina che lo purifichi da accuse di stregoneria. La prova elettiva rappresentata dalla malattia, simbolo dell'essere stati scelti come agenti della cura, è infatti un rito di passaggio tipico dei guaritori sovrannaturalisti, uno dei segni del *Buni*. Così lo strumento legittimante della malattia iniziatica è poco utilizzato nelle narrazioni dei *Bodo* e sempre con un certo imbarazzo.

«Quando mi sono sposata, poco dopo il matrimonio, sono diventata cieca. Sono andata all'ospedale, ma non è servito a nulla. Allora sono andata da un *Bodo* che mi ha curata con le erbe e son guarita. Sono guarita in una settimana, e poi lui mi ha mostrato le erbe con cui poter curare gli altri. Ora sono vent'anni che curo con quelle erbe. Altre invece mi vengono in sogno, come in sogno. Un giorno mi sono ammalata di colpo e mi hanno portato nuovamente all'ospedale. Non sapevo neanche chi ero, non ero in me e dopo sono arrivati i sogni e sono guarita. Mio padre e mio nonno compaiono in questi sogni, ma insieme agli angeli. E quando mi sveglio prego e so quali erbe utilizzare». ⁵³

È quindi interessante come, forse involontariamente, si utilizzi il linguaggio e le formule di coloro che vengono considerati come nemici, ma attraverso l'intercessione divina ed angelica. Esistono poi casi in cui l'apprendimento non è svolto all'interno del nucleo familiare venendo invece rivolto a persone esterne ma che dimostrano una predisposizione alla materia.

«A volte viene una donna che ha un bambino che sta male. Tu le mostri come si fa a curarlo quale erba prendere e gliela dai. Poi magari viene per un altro problema e tu vedi che è capace allora le insegni». ⁵⁴

⁵³ Intervista con Elen del 23 luglio 2022, Zone 3, Village 4, Bidibidi.

⁵⁴ Intervista con Stella del 3 febbraio 2019, Zone 3, Village 6, Bidibidi.

Allo stesso tempo il sapere dei Bodo non sembra fare una differenziazione tra i generi e anzi una divisione di genere tra gli erboristi non è così marcata. Esistono guaritrici erboriste in grado di trattare un ampio spettro di malattie. Così come ci sono uomini che hanno imparato a trattare le malattie considerate prevalentemente di pertinenza maschile dalle loro madri, ci sono anche donne che hanno imparato il mestiere di levatrice da loro padre. Anche se è riscontrabile, almeno tra i guaritori da me intervistati, una maggiore disposizione delle donne verso le cure infantili dovuta però più a una dimestichezza nel quotidiano con la tipologia di pazienti che a una suddivisione di genere nella gestione di diverse patologie.

Le conoscenze pratiche degli erboristi sono spesso elargite, nei loro tratti minimi, ai pazienti, i quali ricevono una prescrizione delle erbe da raccogliere o piantare nel proprio giardino e sulle modalità di trattamento e di somministrazione. Capita così che il sapere degli erboristi si muova orizzontalmente nella società facendo di essi una sorta di dizionario medico o di erbario. Questo non vuol dire che la totalità delle loro competenze venga per così dire “data in dono” ai pazienti. Esistono rimedi e pratiche di cui ogni erborista è fortemente geloso ed esse sono spesso individuali. In tali casi la pianta medicinale e il modo di somministrazione non vengono mostrati e il costo del trattamento è molto alto. Così i discorsi sul prezzo possono variare dal non chiedere nulla a discorsi sull’unicità del trattamento e sulla necessità per il buon esito della cura di una ricompensa.

«Non puoi non chiedere nulla per questo tipo di cure, e non le puoi mostrare. Se le mostri e se le regali smetteranno di funzionare. Per altre, per quelle comuni, è comunque giusto che le persone diano qualcosa di piccolo in anticipo,

altrimenti il rimedio non avrà effetto».⁵⁵

Generalmente nel *settlement* le cifre medie richieste si collocano in un intervallo che va dai 10000 ai 50000 scellini, o viene chiesto in pagamento un pollo od una capra. Questo può cambiare ed aumentare considerabilmente a seconda della rarità dell'intervento e alla fama del guaritore che lo applica.

Anche il movimento trasversale dell'insegnamento sembra però essersi interrotto nel *settlement* e che sempre più queste conoscenze vengano mantenute all'interno dell'ambito familiare. La frammentazione e riorganizzazione in nuove forme della comunità sembra aver ristretto il cerchio di persone a cui è possibile affidare le proprie conoscenze e inoltre l'avversione verso queste pratiche fa sì che l'insegnamento sia diventato maggiormente privato, relegato all'interno del proprio *compound* lontano da occhi indiscreti.

Nonostante tutti i miei informatori tenessero molto a rimarcare la loro generosità e la quasi gratuità delle loro cure questo non è del tutto vero.

Il pagamento delle cure avviene solitamente in due tempi: una somma viene corrisposta prima dell'inizio del trattamento e il resto vien versato a guarigione avvenuta. La transazione non avviene quasi mai completamente in denaro, anzi nel contesto del *settlement* è molto difficile che avvenga tramite carta moneta, ma una piccola somma simbolica è spesso richiesta a inizio trattamento. Questo gesto di pagamento iniziale «porta 'fortuna', nessun rimedio può avere completamente effetto senza che chi vuole essere curato dia una piccola somma (*something small*)», e serve a dimostrare la buona volontà del paziente e in parte a coprire lo sforzo economico e di tempo del guaritore.

⁵⁵ Intervista con Quentin del 7 aprile 2019, Zone 3, Village 1, Bidibidi.

Le competenze variano da erborista a erborista, esistono delle specializzazioni tra di essi. Una pletera di malattie comuni fa infatti parte del bagaglio comune in dotazione ad ogni guaritore, altre invece richiedono conoscenze, pratiche e strumenti specializzati. Quando un malato si presenta loro con una malattia che essi non sono in grado di curare, questi lo indirizzano ad un altro guaritore. Capita così che alcuni erboristi si facciano un nome nella cura di un particolare genere di malattie, trasmettendo le loro conoscenze agli allievi, e non sia invece in grado di trattare le altre. Questo concorre ad aumentare il costo delle cure: se è vero, infatti, che la presenza dei guaritori è piuttosto capillare, è anche vero che talvolta i malati sono costretti a lunghi spostamenti per trovare qualcuno che li possa curare. È tuttavia in questa loro, presunta, trasparenza nell'esercizio, nella trasmissione del sapere e nella professata funzione farmacologica dei loro saperi che spesso si fonda uno dei loro punti di differenziazione dai loro opposti, i *Buni*.

Nei rimedi somministrati dagli erboristi la sfera che potremmo definire farmacologica, quella che mette in corrispondenza sintomi fisici, malattia e pianta medicinale alla cura ha totalmente preso il sopravvento tanto da essere l'unica formalmente esplicitata.

Tuttavia, i guaritori utilizzano le piante anche in un'accezione meno farmaceutica. Non tutti i 'medicinali' da loro somministrati si possono ascrivere al concetto biomedico occidentale di farmaco. Alcuni operano anche attraverso quella che, con Frazer (1935), potremmo definire 'magia simpatica': ad esempio piante che se toccate chiudono le proprie foglie hanno l'effetto di 'chiudere' gli intestini e fermare la diarrea infantile o l'essicarsi di una radice produce il 'seccarsi' della malattia. Il sapore delle medicine mantiene una stretta correlazione con il loro effetto, e i discorsi che ricordano una medicina quasi galenica sono sempre presenti nelle spiegazioni sull'efficacia terapeutica di un rimedio. L'asprezza di

una pianta al contatto con il palato sarebbe quindi capace di riequilibrare la dolcezza del sangue e ostacolare il diabete, ma la stessa asprezza è anche nociva per i parassiti intestinali. In generale un sapore forte al palato, soprattutto se aspro è considerato uno dei segni delle proprietà medicinali di una pianta. Anche gli odori sono importanti, in molti casi un odore pungente mi veniva portato come esempio di potenza curativa di una determinata pianta o nei pochi casi in cui ho potuto assistere a interventi meno dichiaratamente farmaceutici, gli odori di alcune preparazioni fresche o derivanti dalla combustione di alcuni incensi erano utilizzati per ‘scacciare’ emozioni negative, problemi di carattere mentale o, anche se mai dichiarato apertamente, gli spiriti maligni.

Questi odori pungenti erano in grado di penetrare nel cranio e influenzare la materia celebrale nello stesso modo in cui un sapore amaro era in grado di intervenire sugli umori e le malattie del corpo. In un certo senso l’amarezza o l’odore pungente erano simbolo di potenza, di efficacia e simbolo di quella estraneità del farmaco a cui il nostro corpo istintivamente reagisce. È interessante notare invece come il ‘veleno’ venga spesso rappresentato come inodore, insapore e invisibile in netta contrapposizione con le caratteristiche della pianta curativa.

«Se la assaggi quando è appena colta sentirai che ha un sapore amaro, aha! Quando la ingerisci i ‘vermi’ non lo possono sopportare e te ne liberi».⁵⁶

Per quanto riguarda invece la risorsa conoscitiva spirituale questa sembra essersi assottigliata sempre più. Quasi nessun erborista invoca gli spiriti dei propri antenati anche se qualcuno ammette che in passato era una prassi diffusa: «forse ai tempi di mio nonno, ora nessuno lo fa. Però chiediamo aiuto a Dio»⁵⁷. La voce diffusa però è che i loro antagonisti, i *Buni* invece evocano spiriti maligni per

⁵⁶ Intervista con Abel del 27 marzo 2019, Zone 3, Village 5, Bidibidi.

⁵⁷ Ibi.

aiutarsi nei loro atti malvagi.

Tra gli aspetti che ancora oggi meno si inseriscono all'interno di una visione biomedica delle loro pratiche rimangono i largamente diffusi accenni al mondo onirico e alla 'fortuna'. Per quanto riguarda l'affidarsi ai sogni oggi giorno sempre più erboristi definiscono questa pratica come sintomo di ciarlataneria se non addirittura di infiltrazioni da parte di guaritori 'malintenzionati' nella loro categoria. Tuttavia, molti sono gli erboristi da me intervistati che affermano di avere sogni molto vividi nei quali colgono un'ampia gamma di messaggi. I sogni possono essere infatti premonitori di qualcosa che sta per accadere. Dell'imminente arrivo di un paziente per esempio. Oppure possono portare consiglio sulle terapie da intraprendere. Queste nozioni possono solamente essere apprese, come se si stesse assistendo ad una scena futura o possono essere trasmesse da figure indistinte. Di forma umana o angelica.

I sogni di questo tipo sono però spesso qualcosa che emerge solo nel momento in cui il mio interlocutore si fidava pienamente di me e anche in quei casi erano restii a parlarne. L'impressione è che il mondo onirico rimanga uno dei linguaggi della cura, ma che a causa di traslazioni storiche e religiose nel senso comune questo linguaggio sia andato sempre più a collocarsi nella sfera del *Buni* perdendo validità per il buon nome degli erboristi *Bodo*. Così le poche volte che il sogno emerge nuovamente è pieno di figure angeliche ed è spesso accomunato ad un momento di preghiera in cui in virtù della propria fede si viene ricompensati con una 'rivelazione'.

La 'fortuna' che un erborista deve possedere per essere efficace nella cura delle patologie da lui incontrate è invece universalmente riconosciuta da quasi la totalità dei miei intervistati. Si interseca con la provvidenza e ci parla di una 'chiamata' alla cura in virtù di capacità proprie e della propria elezione divina. La

bravura tecnica del guaritore non è sempre sufficiente a porre rimedio alla sofferenza e solo in virtù della loro 'fortuna' riescono ad intervenire positivamente sui casi più gravi. È questa 'benedizione' derivante da Dio, a fare sì che un erborista abbia successo anche nelle situazioni più disperate. Dove questa mancasse invece l'azione del guaritore è destinata al fallimento. Se invece dovesse comportarsi in modo da nuocere ai membri della sua comunità ne verrebbe privato ritrovandosi così incapacitato a portare a termine il proprio lavoro.

Determinante è stato il contatto con la religione cristiana. La sua opposizione di pari passo con quella dell'amministrazione coloniale verso le pratiche definite di 'stregoneria' e la progressiva evangelizzazione dell'area hanno sicuramente contribuito alla decadenza di altre tipologie di guaritori a favore dei loro colleghi che si definivano erboristici. Per quanto riguarda la medicina occidentale l'erborista risulta più facilmente assimilabile, dalle organizzazioni sanitarie, alla figura e alle funzioni di un farmacista, e il professato uso empirico della farmacopea locale rientra maggiormente in quelli che sono i canoni e i criteri della biomedicina. Ciò ha portato gli erboristi a godere nel tempo di maggior prestigio, minore frizione sociale e ad essere destinatari di iniziative governative e internazionali.

Oggi, molte se non tutte le congregazioni cristiane contemplano e favoriscono l'uso di una farmacopea locale, e continuano a professarsi contrarie ad altre pratiche. Inoltre, la parziale propensione degli erboristi ad una condivisione del loro sapere, almeno nella sua forma base, li mette al riparo dall'accusa di avere segreti inconfessabili cosa invece peculiare del *Buni* che opera nell'ombra e senza alcuna trasparenza.

4.1.2 Piante medicinali

La farmacopea utilizzata dagli erboristi è composta principalmente da rimedi fitoterapici utilizzati in un'accezione di farmaco ovvero capaci di agire attraverso principi fisico-chimici su squilibri corporali. Kokwaro nel testo *Medicinal plants of East Africa* (2009: 3) afferma che «l'uso delle piante medicinali locali varia da specie a specie, da malattia a malattia, da un luogo ad un altro, da una tribù ad un'altra tribù, e perfino da persona a persona».

Questo è un problema fondamentale per chi faccia ricerca sui rimedi erboristici; infatti al di là di alcune piante il cui nome è universalmente conosciuto, alcuni erboristi mi hanno confidato di avere essi stessi nominato le piante da loro utilizzate. Una 'firma' che essi appongono ad un loro rimedio fitoterapico che presumono non sia utilizzato da altri guaritori: essi dichiarano di esserne gli scopritori e come tali marcano la nuova pianta. Ciò pone un grosso problema per chi voglia cercare di catalogare le 'medicine' da essi utilizzate, ritrovandosi nella condizione di imbattersi in erbe medicinali il cui nome non sia univoco. Si deve poi aggiungere che la maggior parte degli erboristi è stata propensa a parlarmi dell'arsenale farmacologico e a spiegarmene i metodi di utilizzo, più raramente a mostrarmi direttamente la pianta da cui il medicamento veniva ottenuto togliendo così la possibilità di un riscontro di tipo tassonomico e morfologico. A complicare il quadro interviene anche il fatto che molti erboristi non conoscono quale sia il nome botanico delle piante da loro utilizzate e i termini da loro utilizzati, tranne in pochissimi casi variano fortemente a seconda della zona e del gruppo linguistico di provenienza.

Mi è stato possibile identificarne con sicurezza solo alcune grazie soprattutto all'articolo *Diversity and distribution of medicinal plants in the republic of South Sudan* (Lako et al. 2020).

Tra le principali vi sono:

- Dekerytimylo/*Aristolochia bracteolata*

La più comune delle piante medicinali citatami dai miei interlocutori e la *Dekerytimylo*, presente in varie forme di conservazione è anche quella più universalmente conosciuta dalla gente comune e molti *compound* ne hanno un albero. Il nome scientifico *Aristolochia* deriva dall'antico greco "aristo", che significa "migliore", e "locheia", che significa "parto" o "puerperio", in relazione al suo noto utilizzo antico nel parto. Se ne trova storicamente l'utilizzo nella medicina egizia e anche in quella cinese che la usano per aiutare l'espulsione della placenta nel momento del parto. L'*Aristolochia* contiene l'acido aristolochico che può essere letale in dosi elevate. Come decotto viene utilizzato per stimolare la produzione di globuli bianchi e le foglie e la corteccia contengono un disinfettante che aiuta nella guarigione delle ferite, inoltre è comunemente conosciuta come "uccisore di vermi" a causa dell'attività antelmintica. Tra gli altri usi ci sono quelli per il trattamento dei dolori addominali acuti, muscolari e per la malaria.

- Usahr /*Calotropis procera*

Calotropis procera è comune nelle condizioni semi-aride su suoli sabbiosi profondi, dune di sabbia e luoghi incolti. È resistente alla siccità e altamente tollerante alla salinità. Gli studi farmacologici mostrano un effetto anticancerogeno e un'efficacia nel trattare le ulcere. Viene anche usata come antinfiammatorio, antidiarroico, come coadiuvante alla guarigione delle ferite e per la cura della tosse nonché come antivirale, antibatterica e antifungina. Uno degli usi più diffusi è quella di strofinarne un impasto sul cordone ombelicale residuo al fine di accelerarne la guarigione.

- Lugwat/*Balanites aegyptiaca*

Balanites aegyptiaca è una specie di albero, in inglese, il frutto è chiamato *desert date*. Il frutto giallo con un solo seme è commestibile, ma ha un sapore amaro. Molte parti della pianta sono utilizzate come cibo: le foglie vengono consumate crude o cotte, i semi oleosi vengono bolliti per renderli meno amari e consumati mescolati al sorgo per preparare una specie di porridge. È considerata una pianta molto utile poiché può dare frutti anche durante la stagione secca. Il porridge che se ne deriva è considerato uno stimolante della produzione di latte nelle neo-madri e l'olio viene consumato per il mal di testa e il mal di stomaco, in alcuni casi l'olio è viene utilizzato come vermicida.

- Ungoli /*Kigelia africana*

Kigelia africana è un albero collegato ad alcuni riti funebri, il frutto viene infatti seppellito al posto di una persona creduta morta in assenza del cadavere. Tra gli usi delle molte parti di questo albero vi sono quelli per il trattamento dei disturbi digestivi, respiratori, per trattare infezioni e ferite, malattie della pelle e infezioni fungine. Sia i frutti maturi che quelli acerbi sono velenosi per gli esseri umani, ma i frutti possono essere essiccati e frammentati, e usati tradizionalmente per la produzione di 'birre'. Alcuni erboristi lo citano anche per la cura di ulcere e ferite e per la cura di malattie sessualmente trasmissibili come la sifilide. In forma di decotto è usato anche per trattare la dissenteria, la malaria, il diabete, la polmonite e infezioni virali e batteriche.

- Kite/*Tamarindus indica*

Tamarindus indica è una pianta comune nelle zone tropicali e subtropicali che cresce spontaneamente in Africa, ma viene anche coltivata. Dal suo frutto, utilizzato come fonte di cibo, se ne trae un impacco applicato sulla fronte dei

malati di febbre.

- Khirwa/*Jatropha curcas*

Jatropha curcas è una specie di pianta fiorita della famiglia delle Euforbiacee. Diverse parti di questa pianta, inclusi le foglie, i frutti e le cortecce, contengono molti composti come glicosidi e flavonoidi, che mostrano una vasta gamma di proprietà medicinali. Le foglie vengono usate come antiparassitario e si dice che possano curare i tumori. Le foglie vengono anche applicate per lenire punture di api o vespe e i dolori muscolari. L'olio derivato dai semi viene spalmato sulla pelle per trattare eruzioni cutanee e malattie parassitarie. Tra gli usi della corteccia e dei rami c'è quello di alleviare il dolore ai denti e i ramoscelli vengono spesso usati come spazzolino da denti.

Ovviamente queste non sono che poche delle piante e dei rimedi utilizzati dai guaritori erboristici nel *settlement* e mostrano solo un limitato sottoinsieme rappresentante quelle che sono riuscito a identificare. Nonostante la limitatezza di questo elenco credo che sia importante mostrare come quando si parla di arsenale farmacologico in possesso dei guaritori, e nel sottolinearne gli usi meno aderenti alla sfera biomedica, non bisogna trascurare che si tratta di esperti che sono in grado di utilizzare una grande varietà di piante farmacologicamente attive i cui benefici sul corpo sono in molti casi comprovati storicamente e scientificamente.

Le piante medicinali in possesso dei *Bodo* sono molte ma in continua diminuzione, infatti, lo spazio del *bush* si è fortemente ridotto. In primo luogo a causa della continua espansione del *settlement* che ha fagocitato le zone incolte circostanti spingendo i confini del mondo esterno a distanze considerevoli e ancora più pericolose. I *nationals* ugandesi infatti non vedono di buon occhio le escursioni di approvvigionamento che i rifugiati devono compiere nei loro terreni

e molto spesso li scacciano con la forza e in alcuni casi con la violenza. Per la Zona 3 la fascia di *bush* è infatti ridotta ad un rigagnolo stagionale che per le comunità ugandesi locali è necessario per l'abbeveramento del bestiame e per la raccolta di legna da ardere. In secondo luogo alcune delle piante medicinali che erano comuni in Sud Sudan non crescono da questa parte del confine e se a volte è possibile trovarne un equivalente o un sostituto in Uganda questo accade di rado. Infine, tutto questo è aggravato dal cambiamento climatico. Non solo la maggior parte dei rifugiati con cui ho parlato proviene da zone boschive tropicali del Sud Sudan in netto contrasto con la siccità e i terreni spogli di Bidibidi, ma il cambiamento climatico sta riducendo ulteriormente la quantità di piante che possono crescere spontanee così come la possibilità di piantarle e coltivarle nei propri giardini.

L'arsenale in possesso dei guaritori però non si limita al solo mondo vegetale, per quanto meno diffusi e raramente citati esistono rimedi derivati dal mondo animale. La carne e il cervello di alcune specie di scimmie, introvabili però nel *settlement*, vengono utilizzate per curare i problemi legati al ciclo mestruale e all'infertilità. La carne della talpa, animale che si considera porti sfortuna, è utilizzata come cura per l'epilessia, gli aculei dell'istrice una volta bruciati e ridotti in polvere vengono miscelati con olio e zucchero come rimedio per la tubercolosi e l'olio che si ricava dalla cottura del pitone, come le polveri ottenute dalla sua pelle vengono utilizzati per lenire il dolore muscolare e un ampio spettro di malattie cutanee.

Se la maggior parte dei guaritori erboristici sembrano, come abbiamo detto, operare in una dimensione orizzontale marcando un esclusivo utilizzo di piante 'comuni' alcuni di essi invece sembrano porsi in un'altra categoria. Alcuni tra i guaritori da me intervistati nella Zona 3 infatti godevano di una fama che travalicava i confini del singolo villaggio, della Zona e in alcuni casi quelli del *settlement* e quelli nazionali.

Queste figure erano diverse dagli altri erboristi per tecniche, raggio di azione e in

alcuni casi per spirito imprenditoriale. Si trattava di individui che utilizzavano strumenti della cura che andavano oltre il semplice utilizzo della farmacopea fitoterapica, fossero questi utensili per operare sui pazienti o tecniche che esulavano dal dichiarato scopo fisico-chimico della pianta medicinale. Questi guaritori si trovano al centro di larghe reti di clientela e riescono in alcuni casi in virtù della loro verticalità a ricoprire un ruolo che è più palesemente di collante sociale della società.

4.1.3 Orace

Orace, 70 anni, risiede nel campo rifugiati di Bidibidi dal 2016 e ha portato con sé una competenza che lo rende uno dei guaritori più famosi della Zona 3, con pazienti che lo raggiungono anche da altre Zone del *settlement*. Nonostante l'età avanzata e le condizioni di vita precarie, Orace continua a praticare la professione di guaritore tradizionale che ha appreso dal rinomato erborista sudanese Tito Lasso. Un nome che mi è stato citato più volte con referenza, un guaritore attivo nella zona di Juba che era particolarmente famoso per la sua capacità di curare un ampio spettro di malattie, ma soprattutto per la capacità di compiere vere e proprie operazioni chirurgiche. La fama del suo maestro e la sua stessa bravura hanno reso Orace un punto di riferimento a Bidibidi e il numero di pazienti che tratta ogni anno assume la grandezza di cifre che sembrano essere pura ostentazione. Grazie a decenni di studio e di pratica, Orace ha acquisito una ricca e sistematica conoscenza botanica, sviluppando una tassonomia locale delle specie officinali basata sulle caratteristiche morfologiche distintive di foglie, fiori, frutti e cortecce. Adoperando tecniche estrattive di decotto, infusione e macerazione, Orace prepara rimedi erboristici per una vasta gamma di patologie, sfruttando le proprietà antibiotiche, antipiretiche, antinfiammatorie, analgesiche, antidiarroiche,

antimalariche di specie autoctone e non solo. I suoi preparati trovano applicazione in campo dermatologico, gastroenterologico, immunologico, ginecologico.

Ogni volta che mi sono recato dove risiede, Orace mi ha accolto vestito con un completo che teneva al riparo per le grandi occasioni. Questo completo serviva sia per mostrare a me il suo successo e allo stesso modo fungeva quasi da divisa. Un *Bodo* della sua fama infatti doveva mostrare il proprio superiore 'potere' e capacità anche attraverso l'aspetto esteriore. Seduti su piccoli sgabelli di legno nel cortile del suo *compound* quel completo spiccava in relazione con l'umiltà della dimora, l'assenza di scarpe e una camicia che aveva visto giorni migliori. L'assenza delle scarpe era un punto piuttosto dolente per lui, non solo per l'utilità pratica, ma anche e forse soprattutto, perché facevano parte della divisa: del modo in cui un guaritore della sua fama dovrebbe mostrarsi. Durante i nostri discorsi l'apprendistato presso Tito Lasso era continuamente ricordato e rimarcato. Questa trasmissione prestigiosa del sapere lo rendeva diverso dagli altri guaritori sia ai suoi occhi che agli occhi dei pazienti.

In realtà il suo apprendistato come guaritore inizia fin dalla tenera età, quando seguiva il nonno nella ricerca e nella preparazione delle erbe.

«Mio nonno era un guaritore conosciuto, sapeva curare numerose malattie e le persone venivano dai villaggi vicini per chiedere il suo aiuto. È stato lui il primo a mostrarmi come si fa, ad insegnarmi a riconoscere e utilizzare le erbe. Poi da più grande, intorno ai vent'anni, poiché ero molto bravo e i miei rimedi funzionavano Tito Lasso mi ha preso come allievo. Da lui ho imparato tantissimo».

Oltre all'impiego terapeutico di erbe, Orace esegue piccoli interventi di chirurgia di base, in particolare l'asportazione di tonsille mediante rudimentali strumenti, ma tra le altre operazioni vi è anche l'estrazione dei denti. Oltre alle nozioni di fitoterapia, Tito Lasso ha infatti trasmesso a Orace le basi dell'anatomia e delle

tecniche di intervento di piccola chirurgia necessarie per eseguire queste procedure. I due guaritori hanno effettuato insieme centinaia di tali operazioni, affinando manualità e competenze operatorie.

Di questa capacità tecnica Orace va molto fiero. I suoi strumenti sono la prima cosa che mi ha mostrato. I suoi rimedi li estrae da due bustoni di juta nei quali conserva numerose erbe essiccate, radici e foglie che utilizza per i trattamenti. Tra i rimedi vi è anche un carapace di tartaruga che mi spiega, una volta ridotto in polvere, ha proprietà curative per il mal di denti. Da un borsello invece estrae una serie di strumenti operatori che sembrano strumenti di tortura. Oltre ad alcune spatole di legno, che usa per aprire la bocca dei pazienti e tenere ferma la lingua, ad uno ad uno estrae dei cacciaviti la cui punta è stata limata fino a diventare un una specie di bisturi; altri la cui estremità è stata curvata ad uncino e poi affilata che vengono usati per asportare le tonsille; e poi un paio di pinze da lavoro, due scalpelli e un martello. Infine, anche una chiave inglese il cui utilizzo non ho mai compreso. Da un'altra tasca del borsello invece estrae un barattolo in plastica che prima conteneva una pomata e che adesso è pieno fino all'orlo di una polvere che ottiene dalla combustione di numerose erbe e che poi applica a fine operazione per facilitare la rimarginazione dei tessuti e prevenire infezioni. Mentre mima i movimenti precisi con cui esegue le operazioni io lo seguo ammirato e anche un poco preoccupato e nella mia mente si ripropongono le conversazioni con il personale sanitario del campo sulla pericolosità di alcuni trattamenti locali. Lui però mi rassicura dicendo che solo pochissimi dei suoi pazienti hanno avuto problematiche post-operatorie e che se così non fosse le madri non porterebbero i loro bambini e nessuno verrebbe a farsi estrarre i denti.

L'approccio integrato di Orace denota una notevole perizia tecnica, nonché una preziosa conservazione di saperi medici tradizionali per quanto riguarda l'uso delle erbe medicinali; allo stesso tempo però mostra un'innovazione e una poliedricità nell'utilizzo di tecniche e strumenti operatori. Gli attrezzi da lui

utilizzati sono l'evoluzione di strumenti già in uso in passato, ma provengono da contesti e produzioni diverse. Una delle pinze infatti è chiaramente di produzione artigianale, l'altra invece è uno strumento di manifattura cinese che potremmo trovare tranquillamente nella cassetta degli attrezzi di un elettricista. Alcuni dei cacciaviti conservavano ancora il loro originale manico in plastica, altri invece per usura erano stati sostituiti con impugnature in legno create dallo stesso Orace. Questo, come vedremo più avanti, ci parla di una modernità e di una trasformazione dei sistemi indigeni, che sono in continuo cambiamento e che usufruiscono in un modo globalizzato e interconnesso di materialità dalle provenienze più disparate.



Orace mi mostra parte degli attrezzi che utilizza per operazioni di otorinolaringoiatria.

4.1.4 Angel

Ho incontrato Angel nel luglio del 2022. Nonostante godesse di notevole fama come guaritrice e avesse per questo motivo un'ampia rete di clientela ho

sentito parlare di lei solo verso la fine della mia ricerca. Il suo potere di guarigione è infatti considerato da molti troppo grande e troppo misterioso. In virtù delle sue capacità e del successo economico che ne consegue Angel è infatti non solo fatta oggetto di accuse di appartenenza alla categoria dei *Buni*, ma i suoi stessi pazienti non ammettono apertamente di essere stati curati da lei. O almeno non lo ammettevano apertamente a me. Intorno a lei però girano voci di strani poteri che le permetterebbero di avere un successo inimmaginabile dagli altri guaritori e allo stesso tempo si dice che su richiesta sia in grado di effettuare sortilegi e provocare sventure e sofferenza.

Angel ha 44 anni, è arrivata a Bidibidi nel 2016 durante l'apice della guerra civile, ma prima ancora aveva trascorso quattordici anni nel *settlement* di Rhino (dal 1994 al 2008). A Bidibidi vive ai margini del villaggio principale della Zona 3, un *compound* composto da cinque strutture di media grandezza dove vive con la madre e dove i pazienti più gravi possono fermarsi per lunghi periodi di degenza. Anche se il tacito accordo tra di noi era che io non chiedessi e che lei negasse ogni pratica di *admitting*, il volume di pazienti e accompagnatori che andavano e venivano non lasciava dubbio alcuno. Angel è infatti conscia della fama che la circonda e ha un rapporto spesso conflittuale con il sistema sanitario del campo. Allo stesso tempo mi ha parlato a lungo delle erbe che si potevano impiegare per curare un ampio spettro di malattie, ma senza mai mostrarmi neanche le più comuni. Neanche quelle che erano state piantate nel cortile in cui si svolgevano i nostri incontri.

Quando ci conosciamo lei è incinta di sei mesi, è stanca. Il lavoro, mi dice, si fa sempre più pesante, però non manca mai e lo sottolinea spesso con orgoglio per il proprio successo professionale. Questo successo è immediatamente percepibile e in parte ostentato, nel suo modo di vestire, nella collana di perle che porta al collo, nel telefonino di ultima generazione le cui chiamate per consulenze mediche

punteggiano le nostre conversazioni.

Mi spiega che le conoscenze in campo medico le sono state trasmesse in Sud Sudan dal nonno che, quando aveva poco meno di dieci anni, ha cominciato a portarla con sé nel *bush* insieme ai suoi cugini. Ma è stata lei quella che ha imparato di più. La sua memoria, la sua prontezza nell'apprendere e nel comprendere le sottigliezze dell'arte del nonno ne hanno fatto l'allieva prediletta e quella che poi ne ha ereditato la conoscenza, la pratica e il 'potere'.

Questo potere mi dice non è quello bisbigliato e insinuato dalle persone intorno a lei. È una benedizione divina, una chiamata alla cura che deve essere espressa con la preghiera. Senza la preghiera, senza la fede, nessun rimedio può funzionare. Due sono i requisiti di un buon guaritore: in primis una linea ininterrotta di trasmissione del sapere, grazie alla quale è possibile risalire alle piante che hanno potere. I rimedi fitoterapici non funzionerebbero infatti, secondo Angel⁵⁸, per qualche loro proprietà, ma perché quelle sono le piante scelte da Dio per assolvere quel compito ed esse hanno una correlazione diretta con le malattie per la cui cura vengono utilizzate. E in secondo luogo, la fede. La fede nel Dio cristiano e l'aderenza ai principi e alle pratiche della religione sono requisito indispensabile per il funzionamento di qualsiasi terapia e allo stesso tempo rassicurazione e salvaguardia che il guaritore non abbia intenzioni nocive.

Quando parliamo di fede, e ancora di più quando parliamo di un'altra sua risorsa terapeutica, il mondo onirico, Angel si tocca quasi compulsivamente il tatuaggio di una croce che ha sul braccio. Quel tatuaggio è simbolo di appartenenza, patente di autenticità e allo stesso tempo difesa contro le maldicenze che la circondano. Il discorso sulle risorse oniriche elicitava più di altri questo suo manipolare la croce

⁵⁸ Questa è anche la versione quasi universalmente diffusa tra tutti i miei interlocutori. A variare può essere solo il grado di centralità della fede.

che porta al braccio. Il discorso sulle visioni che arrivano in sogno abbiamo detto essere ambiguo e in una zona sfumata tra le figure del *Bodo* e del *Buni*⁵⁹.

Angel nonostante una forte reticenza iniziale mi racconta dei suoi sogni. Durante il sonno, ma in rari casi anche durante la veglia ha delle visioni. Questi sogni non sono mai uguali; a volte c'è solo una voce lontana che le dà indicazioni, in altre occasioni le compaiono figure angeliche che le mostrano dove trovare la pianta che serve per un determinato trattamento e come utilizzarla, a volte semplicemente le viene mostrata la singola pianta.

In possesso quindi delle conoscenze culturalmente tramandate e della guida divina, Angel è in grado di curare un ampio spettro di malattie, tra cui alcune comuni come problemi intestinali e mestruali, i dolori muscolari, malattie degli occhi e le irritazioni della pelle. Ma i rimedi che sono alla base del suo successo e della sua fama riguardano l'epilessia, la sifilide e la gonorrea, l'infertilità, la lebbra e soprattutto le malattie mentali.

La guaritrice dalla sua ha altre due fonti di validazione che la rendono diversa dagli altri guaritori. Quando risiedeva a Rhino infatti ha svolto, ricorda con orgoglio, un tirocinio offerto da una ONG canadese e oltre ad un attestato che lo dimostra vanta che il personale di questa organizzazione volesse portarla in Canada per ulteriori corsi. Il suo rapporto con il Canada non è ancora cessato e da anni ha un'istanza aperta con UNHCR per essere trasferita nel Paese nordamericano. Inoltre, lei è stata l'unica delle mie interlocutrici ad avere affermato di stare intraprendendo il percorso per il riconoscimento come guaritore

⁵⁹ È inoltre interessante che Angel rifuggisse entrambe le nomenclature di guaritore per sé stessa; ovviamente non si definiva un *Buni*, ma trovava scomoda anche la definizione di *Bodo*.

presso lo Stato ugandese, un percorso non ancora giunto a conclusione ma che dura ormai da tre anni. Anche per questo motivo, secondo quanto mi dice, non sono solo i malati a venire da lei, ma gli stessi guaritori verrebbero a consulto a casa sua proprio in merito delle sue maggiori conoscenze e capacità. Tra i suoi progetti di espansione c'è quello, una volta ottenuta la patente di erborista riconosciuta dallo Stato ugandese, di cominciare a importare le piante medicinali direttamente dal Sud Sudan e creare così una farmacia erboristica nel *settlement* e perché no un giorno avere una clinica nella città di Arua.

Al momento Angel ha nelle sue cinque capanne quella che potrebbe essere definita una piccola clinica, il numero di pazienti che tratta supera abbondantemente le dieci persone al giorno. Questo ha comportato un successo economico, ma le ha anche attirato le ire del sistema medico del campo, il quale non vede di buon occhio i numeri di persone da lei trattati e soprattutto che si ponga come alternativa alle strutture del *settlement*. I medici che operano nel campo la accusano di essere una delle cause principali per il ritardo nelle cure mediche nel suo villaggio. Al servizio da lei fornito si imputa infatti la decisione di molti pazienti di provare prima vie alternative alla biomedicina con la conseguenza che spesso i pazienti arrivano all'*health center* troppo tardi per ricevere cure adeguate.

4.1.5 Stella

Stella è un'anziana signora dall'età imprecisata che è stata in passato una guaritrice molto attiva sia in Sudan che poi nel *settlement*. Oggi a causa dell'età avanzata e di uno stato di salute precario non cura più attivamente, anche se

conoscenti e familiari continuano a rivolgersi a lei e occasionalmente tratta qualche caso grave. Stella infatti è una delle poche guaritrici che si occupa di ‘malattie mentali’ o di ‘pensieri’.

Come molti guaritori, ha appreso il suo sapere tramite una trasmissione familiare, ma ha affinato le sue capacità andando a fare apprendistato da numerosi altri *Bodo*. La sua bravura e la sua capacità di apprendere e fare suoi i numerosi e diversi insegnamenti hanno fatto di lei per molto il tempo una guaritrice la cui fama travalicava i confini interni ed esterni del *settlement*. Lei stessa in Sud Sudan ha compiuto per molti anni una vita itinerante portando le sue capacità dove erano più richieste. Per questo motivo mi racconta di essersi sposata tardi, e con il matrimonio ed i figli si è stabilizzata per un po’ fino a che la violenza del conflitto non ha costretto lei e la famiglia a spostarsi in Uganda. Bidibidi, come per molti rifugiati della sua età, è solo l’ultimo dei numerosi luoghi in cui le vicende alterne della guerra l’hanno portata. In passato era stata *self-settled* a Koboko, poco distante da dove sorge ora il campo, ma la guerra civile in Uganda questa volta l’aveva spinta nuovamente verso il Sudan; successivamente è stata per alcuni anni in altri due campi rifugiati e infine nel 2016 è giunta a Bidibidi.

Stella al momento vive con due delle sue figlie e i suoi sette nipotini nella Zona 3. Per i primi anni di residenza ha continuato ad esercitare le sue capacità di cura in maniera attiva, ora invece fa fatica a procurarsi le erbe medicinali a causa della sua ridotta mobilità. Questo però non l’ha fermata del tutto. Le ampie reti sociali di cui è in possesso le permettono un approvvigionamento che spazia attraverso più fonti, sistemi e materialità della cura. Nel campo le sue figlie raccolgono le erbe per lei, e lei mostra loro come lavorarle. Alcuni conoscenti e parenti, dovutamente istruiti, si recano in Sud Sudan con una certa regolarità e lì raccolgono o acquistano le piante di cui ha bisogno. È anche in contatto con alcuni guaritori ugandesi con i quali scambia rimedi, saperi ed erbe medicinali.

Con alcuni di essi ha stretto un rapporto che va oltre al mero scambio, mi racconta infatti che una ragazza ugandese è stata a fare apprendistato da lei e che lei ha sua volta, ha appreso qualcosa dai guaritori con cui è venuta in contatto durante i suoi numerosi soggiorni in Uganda e che con alcuni di essi è ancora in contatto adesso.

Negli ultimi anni Stella ha sofferto di importanti problemi di salute, soffre infatti di forti dolori uterini che per molto tempo le strutture del campo non sono stati in grado né di curare né di diagnosticare. Nel 2019 quando l'ho incontrata per la prima volta i dolori erano molto forti, tanto da impedirle di muoversi e soffriva di perdite di sangue e infezioni genitali dovute all'impossibilità di mantenere una cura dell'igiene costante. Nonostante fosse molto sconfortata per la mancanza di aiuto ricevuta nel *settlement*, riponeva le sue speranze in un gruppo di volontari americani che le aveva promesso di aiutarla fisicamente ed economicamente a recarsi in un centro specializzato di Kampala. Questo è stato un processo molto lungo che solo nel 2021, anche a causa della pandemia di Covid-19, ha portato ad una diagnosi e nel 2022 quando l'ho incontrata per l'ultima volta stava per recarsi a Kampala per essere operata.

La gamma di disturbi che Stella è in grado di curare è estremamente ampia. Quasi tutte le malattie infantili, quelle legate alla gravidanza e quelle neonatali sono sempre state uno dei suoi punti forti. Nonostante mi confidi che non sono mai state quelle più remunerative. Sembra infatti che tra le donne viga una sorta di solidarietà che ha sempre impedito la richiesta di compensi elevati. Ma le sue capacità non si limitano alle malattie di madri e bambini, è infatti in grado di curare malattie gastrointestinali, dermatologiche, ematiche, epatiche oltre a tutte le più comuni come la malaria e la febbre gialla. Una volta aveva anche un rimedio per l'epilessia, ma purtroppo questo rimedio non è più accessibile poiché non cresce in Uganda e i suoi 'raccolitori' in Sud Sudan non sanno riconoscerlo. Il punto di forza di Stella sono i disturbi di carattere psicologico. Anche qui

sembra mostrare una specializzazione per donne e bambini, ma questo è imputabile al fatto che questo è il pubblico ristretto che si rivolge a lei adesso. Un tempo pare che uomini e donne di tutte le età si recassero da lei per essere aiutati. Ho deciso di utilizzare il termine disturbi psicologici come cappello per un'ampia gamma di disturbi che Stella identifica in realtà con tre categorie differenti: i pensieri, le influenze maligne e il veleno. I 'pensieri' come abbiamo visto nel capitolo precedente racchiudono tutta una serie di patologie che vanno dall'ansia alla depressione, passando per disturbi dell'alimentazione e forme di stress post-traumatico, causati dalle condizioni di vita dei rifugiati sia nella diaspora che nel campo stesso. Non è facile capire cosa intenda Stella con 'influenze maligne'. Alcune volte sembrava alludere alla presenza di entità sataniche legate alle forze del male che cercano di nuocere ai buoni credenti, altre a forze spiritiche da placare, altre volte ancora queste influenze si confondevano con il 'veleno'. Come abbiamo visto il veleno è appannaggio della categoria dei *Buni* che usano varie forme di agenti, fisici e non, per fare del male alle persone. Altre volte il male da curare era l'epilessia. Questa malattia e le sue eziologie rientrano nelle categorie di malessere mentale elencate da Stella e tutte e tre possono essere chiamate in causa da sole o in compartecipazione per spiegare l'epilessia.

Stella ha una piccola capanna di fango di due metri per due in cui conserva e somministra i suoi rimedi. In questo piccolo riparo costantemente nella penombra Stella conserva più di cento preparati medicinali in varie forme: freschi, essiccati, polveri, incensi e alcuni in forma liquida. Sulle stuoie dalle stampe floreali del pavimento ci siamo seduti a lungo mentre dipanava gli incastri di sacchi di juta, sacchetti di plastica, cesti di vimini, barattoli, *calabasse* e bottiglie in cui tutte le medicine sono metodicamente preservate. Ogni volta che sono entrato in quella capanna c'erano nuovi preparati. Alle polveri delle foglie di mango essiccate si accompagnavano strani barattoli di medicinali fitoterapici prodotti nelle filippine, accanto ad un incenso, sotto forma di grumi appiccicosi dal

forte odore balsamico, utilizzato tra le altre cose per la cura dei disturbi psicologici si potevano trovare bottiglie di aceto confezionate in Kenya che Stella aveva acquistato da un guaritore ambulante ugandese e che usava sperimentalmente per la cura di ulcere e gastriti. Accanto a erbe che si era fatta portare dal Sudan potevano esserci barattoli di pillole di spirulina provenienti dalla Malesia.



4.2 Eziologie tra Memoria e Cambiamento Climatico

Cercare di categorizzare le eziologie della malattia tra i rifugiati risulta molto complicato. Essi stessi nei loro discorsi operano una distinzione causale probabilmente frutto di un prestito culturale derivato dal contatto col pensiero occidentale. Nelle interviste da me svolte durante i soggiorni sul campo è apparso

chiaro come le eziologie fossero suddivise in cause ‘naturali’ e cause ‘sovranaturali’ a cui corrisponderebbe, in teoria, l’utilizzo di rimedi di ordine fisico, l’apparato fitoterapico in dotazione agli erboristi e quello sovranaturale i cui agenti non sono chiari nei discorsi dei rifugiati. È ipotizzabile che in passato essi stessi operassero in quest’ambito affiancando e fondendosi con figure come i *Buni* che in virtù dei loro poteri di azione sovranaturale sembrano in grado di poter agire su questa tipologia di cause. Nella pratica i guaritori con cui sono stato in contatto oscillavano senza problemi tra le due cause prime e allo stesso modo la maggioranza della popolazione si appella ad entrambe le eziologie nel ricercare i motivi della sofferenza.

Lanternari nel suo saggio *Aporie classificatorie nelle eziologie tradizionali* (1997: 98)⁶⁰ distingue, secondo il principio della ‘polivalenza eziologica’ di Zempleni, tre tipologie di cause: le cause concomitanti dovute ad un’infrazione del singolo di norme sociali e interdetti o all’intervento di un fattucchiere o uno stregone; le cause occasionali che comprendono le cause empiriche e le cause sovraumane non riferibili all’uomo, ma all’intervento di spiriti o divinità. Tuttavia, questi principi eziologici non sono, nella pratica, così nettamente distinti e anzi nella maggior parte dei casi queste tipologie di cause operano in concomitanza. Lanternari afferma infatti che:

«Tra le società tradizionali non si riscontra praticamente mai l’esistenza di una cultura medica tutta e univocamente incentrata su principi che noi qualifichiamo naturalisti [...] o viceversa su principi per noi indicabili come sovranaturalisti» (1997: 90).

Non sorprende quindi che i guaritori tradizionali parlino sia di causalità

⁶⁰ In Beneduce R. (a cura di) 1997 pp. 89-111.

occasionale che di cause sovraumane. Esse non sono, infatti, in conflitto tra loro, ma anzi intervengono contemporaneamente come spiegazioni nella ricerca delle cause. È così che mentre i guaritori professano una causa empirica per il diffondersi e il presentarsi di una malattia usufruiscono allo stesso tempo di una causa sovranaturale per spiegare perché quella malattia si sia presentata in quel tal momento e abbia colpito una determinata persona.

«Le malattie sono causate dalla volontà di fare del male, altre sono causate da una cattiva alimentazione, mangiare cibo non buono [...], ma altre derivano dalle ansie e dai pensieri delle persone. C'è la malattia che ti fa cadere a terra (epilessia) che è portata da troppi pensieri, spesso nelle madri e c'è la malaria che è causata da cibo non buono [...] e dalle zanzare».⁶¹

Un elemento che tutti i miei informatori sottolineano è che la maggior parte delle malattie di cui soffrono sono in realtà comparse solo recentemente. I rifugiati ne identificano la causa nelle cambiate condizioni ambientali e nel peggioramento delle condizioni di vita e soprattutto alimentari.

«In Sudan non c'erano tutte queste malattie, qui sono ovunque. La malaria e la febbre tifoide c'erano anche lì, come la tosse. Ma non quanto patiamo qui. Qui ci si ammala in continuazione. Il problema principale è il cibo, nessuno può stare bene mangiando sempre le stesse cose e con queste quantità. Una volta potevamo coltivare e mangiare cose diverse, qui no. E poi il clima. Qui il clima non è buono. Fa sempre troppo caldo o troppo freddo».

Questi discorsi denotano una marcata attenzione a quelle eziologie care alla biomedicina che potremmo definire autoptiche e ambientali, in un'ottica di

⁶¹ Intervista con Mandela del 10 febbraio 2022, Zone 3, Village 8, Bidibidi.

causalità fisico-chimica ma, come detto precedentemente, su una base reale di razioni insufficienti e di scarsa varietà impostano anche un discorso più ampio sulla salute. Questo discorso coinvolge tutto il sistema del campo e mette in connessione più aspetti della sofferenza parlando non solo delle condizioni materiali e ambientali del *settlement*, ma anche del sentimento di abbandono e di impotenza dei rifugiati. In un contesto del genere la malattia funge da significante dell'intero sistema di relazioni nocive percepito dai rifugiati. Le malattie portate dai troppi pensieri, in particolare l'epilessia, varie forme di cancro e un ampio spettro di comportamenti asociali che vanno dall'alcolismo a forme di depressione, al suicidio sono imputabili all'enormità della pressione cui i rifugiati sono sottoposti. Le madri single che devono badare ai loro figli sono quindi pronte a passare questo gene della preoccupazione alla propria discendenza, così come il continuo logorio dell'incertezza di vita che i rifugiati devono affrontare tra il martello della guerra oltre confine e l'incudine della precarietà del *settlement* si insinua non solo nelle menti, ma anche nei corpi. Li fa ammalare e diventa 'genetico' e 'generazionale'. Un corpo e una mente che esprimono nella malattia la disperazione di più di una generazione in esilio.

Attraverso i discorsi sulla novità della condizione epidemiologica si veicolano le ansie e le aspettative dei rifugiati. Parlare di un diverso quadro epidemiologico prima sconosciuto o delle aggravanti che li colpiscono 'qui' e non 'a casa' parla anche di un senso di nostalgia, di abbandono e di rottura con una terra quasi ripensata come un giardino dell'eden perduto. Una terra più fertile, più ricca di tutto ciò che permette all'essere umano di sopravvivere, risorse fitoterapiche incluse; persa a tempo indeterminato e ciclicamente a causa del conflitto. La violenza li segue, li costringe in queste nuove condizioni e li mette nel luogo della sofferenza e della malattia.

4.2.1 Il cambiamento climatico

Le diverse condizioni climatiche e il cambiamento climatico in atto sono argomenti sempre presenti nelle conversazioni sulla salute e sulla cura. Il *settlement* ha un clima inospitale che viene spesso citato come concausa della maggiore diposizione della popolazione ad ammalarsi. La stagione delle piogge con il suo clima più freddo e con un'umidità che è impossibile tenere fuori dalle umili dimore dei rifugiati è portatrice di febbre, tosse, infezioni e causa il punto massimo della proliferazione delle zanzare creando così un netto aumento dei casi di malaria. Il freddo sembra quasi essere una condizione nuova e sconosciuta nella terra di origine dei miei interlocutori. Allo stesso tempo però ci parla della precarietà materiale dei rifugiati; le loro abitazioni non sono infatti in grado di tenere completamente fuori la pioggia, vestiti pesanti e coperte sono pochi e difficili da procurarsi. L'inospitalità del clima locale viene spesso citata come una delle concause principali della maggiore predisposizione della popolazione rifugiata ad ammalarsi. "Fa sempre o troppo caldo o troppo freddo" è una lamentela comune tra gli abitanti.

Capita molto raramente che ci siano distribuzioni di vestiario da parte delle organizzazioni umanitarie, così le famiglie sono obbligate a investire il poco denaro guadagnato con lavoretti saltuari nell'acquisto di qualche capo più adatto al clima rigido e piovoso. Non è infrequente vedere intere famiglie di rifugiati indossare abiti estivi troppo leggeri, consumati e strappati dal lungo utilizzo, nel tentativo di ripararsi come possono dal freddo e dall'umidità.

Allo stesso tempo la stagione secca è troppo calda. Il sole è cocente e senza sosta. Questo rende difficile non solo lavorare e muoversi durante le ore più calde della giornata, ma si abbina anche alla carenza d'acqua e alle difficoltà di approvvigionamento e alle lunghe code da affrontare sotto il sole. La mancanza d'acqua è un altro grande problema sanitario: è quasi impossibile lavarsi e lavare

le proprie suppellettili o vestiti con costanza e assiduità, aumentando così il rischio di contagio e infezioni. Durante la stagione secca le malattie della pelle sono molto diffuse e qualsiasi ferita rischia di infettarsi più facilmente. L'alimentazione e la possibilità di reperire legna da ardere sono altri due problemi che si accentuano durante la stagione secca. È infatti impossibile coltivare per integrare le scarse razioni di cibo e tutto è secco e privo di vita.

La 'polvere' è la protagonista della stagione secca. Il terreno riarso infatti fa sì che la sabbia rossiccia sia ovunque e che si alzi in nuvole che ricoprono tutto e tutti. Camminare per le strade del *settlement* vuol dire respirare questa polvere rossa alzata dal vento o dal passaggio dei mezzi delle organizzazioni umanitarie e a questo fenomeno sono imputate un ampio spettro di malattie respiratorie, degli occhi e della pelle. La siccità del territorio è andata aumentando negli ultimi anni con stagioni secche sempre più lunghe e stagioni delle piogge dallo scarso apporto di precipitazioni. Questo unito alla pesante deforestazione dovuta ad una enorme popolazione in cerca di biomassa per il fuoco e come materiale da costruzione ha fatto sì che le aree boschive e di *bush* siano andate a ridursi progressivamente. Un report di UNHCR (George, Dearden 2019) riporta come già nel 2017 si stimasse che la biomassa sopra il suolo a Bidibidi sarebbe stata completamente deforestata entro tre anni se non fossero stati presi provvedimenti e come questo abbia spinto sia i rifugiati che le comunità ospitanti a spingersi sempre più lontano alla ricerca di legna da ardere. Nella Zona 3 i rifugiati dovevano compiere uno spostamento che poteva essere lungo anche una decina di chilometri più volte a settimana lungo quello che era generalmente chiamato il fiume: un piccolo corso d'acqua molto spesso in secca e affermavano la necessità di abbattere alberi vivi invece di poter contare solo sulla raccolta di legna secca. Questa nuova e pesante dipendenza da questa seppur lontana fascia di alberi impedisce la rigenerazione naturale della foresta e con essa anche delle piante medicinali che vi crescono. La perdita della copertura forestale e l'aumento della densità di popolazione sono correlati quindi

anche a una perdita di biodiversità (George, Dearden 2019): le risorse forestali, come medicine tradizionali e gli animali cacciati per la carne non possono più essere trovati nelle aree di caccia e raccolta usuali e nelle vicinanze del *settlement*. Questo ha anche causato un cambiamento nella dipendenza dalle cliniche mediche gestite da organizzazioni umanitarie e dal bestiame stanziale per il consumo di carne.

Le distanze da percorrere, spesso verso territori controllati dalle comunità ospitanti che possono anche ricorrere alla violenza per fermare la competizione per le risorse, fa sì che l'approvvigionamento di quelle piante medicinali che non possono essere coltivate sia diventato molto difficoltoso e pericoloso. Il cambiamento climatico quindi influisce pesantemente sulla disponibilità di risorse vegetali, compresa la possibilità di reperire i rimedi fitoterapici. Questo ha fatto sì che la maggior parte dei miei interlocutori mi parlasse di una memoria che veniva erosa dai cambiamenti climatici in corso. Le piante che non erano più reperibili scomparivano lentamente dalla memoria dei guaritori e così dalla memoria collettiva, un sapere tecnico e medico che andava assottigliandosi insieme alla zona boschiva.

«C'era un'erba che usavo per curare i dolori alle ossa, non ricordo più il nome. Qui non cresce. Non si trova più. Forse al fiume ma è troppo lontano per una persona della mia età. E i miei figli non la conoscono. Potrei descrivergliela, ma non basta. Così io la dimentico e loro non la conosceranno mai».⁶²

L'impossibilità o l'enorme difficoltà nel reperire certi rimedi fitoterapici fa sì che questi vengano dimenticati: in una mancanza d'uso, di quotidianità che ne cancella il ricordo. Questa dimenticanza va a interrompere anche la catena di trasmissione della conoscenza. Una catena già messa a dura prova da una,

⁶² Intervista con Nelson del 30 giugno 2022, Zone 3, Village 12, Bidibidi.

percepita, poca recettività delle generazioni più giovani, dall'età media dei guaritori più capaci e dalla frattura dei legami familiari che rischia quindi di interrompersi definitivamente. Quello dei *Bodo* è un sapere orale, tramandato e conservato attraverso la memoria e questa memoria è continuamente erosa e messa alla prova. C'è il ricordo che va assottigliandosi per una terra natia martoriata ma abbondante, verde, piena di tutto ciò che rende la vita vivibile. E in una relazione geometrica si trova la vita nel *settlement*, lontana da quel ricordo nelle condizioni di vita assediate dalla mancanza di cibo, di acqua ed erose come il terreno su cui vivono da un cambiamento che assottiglia fisicamente le risorse di quella memoria. Una terra che appassisce tutto quello che prova a crescervi sopra e che sfiorisce ricordi e saperi. Se, come affermano Biehl e Ong (2018), si può intendere l'evento malattia come quei *loci* in cui biologia, ambiente e medicina sono andati fuori controllo questo è soprattutto vero a Bidibidi. In un contesto in cui le cure mediche della biomedicina sono carenti ed emergenziali, l'ambiente gioca un ruolo sempre più importante nell'aggravarsi delle condizioni di vita, nell'emergere di nuove o più frequenti malattie e allo stesso tempo erode la possibilità di attingere ad altre materialità e conoscenze della cura. Se i sistemi di cura indigeni sono come abbiamo visto legati intrinsecamente alla cultura che li ha generati e alle condizioni della contemporaneità che li plasmano e li indirizzano verso forme nuove, l'erosione dei saperi popolari a causa dei cambiamenti climatici e il parallelo impoverimento degli strumenti della cura sono un ulteriore fattore di rischio e destabilizzazione di quei *loci* in cui la malattia prospera, viene pensata e definita.

4.3 Plant across borders. Persone, saperi e farmaci in movimento.

Langwick, Dilger e Kane (2012) asseriscono che *mobility is power*⁶³ sia sempre stato un assunto delle medicine africane. Già ai tempi precoloniali, si presumeva che i poteri curativi aumentassero significativamente con gli spostamenti dei guaritori e dei prodotti medicinali su distanze importanti e tra regioni diverse. I saperi e le pratiche delle medicine popolari africane si sono sempre mossi attraverso il continente, spesso acquistando validità e ‘potere’ nel farlo. Allo stesso modo la biomedicina seguendo la progressiva colonizzazione del continente si è mossa lungo le direttive ‘civilizzatrici’ dei conquistatori e all’interno delle civiltà dei colonizzati. Se non bisogna pensare alle medicine definite come tradizionali come a dei saperi statici e fermi in un passato di superstizione non bisogna neanche pensarli come statici geograficamente. Nel *settlement* di Bidibidi pensare alla mobilità degli agenti della cura, e non solo quelli tradizionali, dei loro saperi, delle loro tecniche e dei loro rimedi è una lente necessaria per comprendere l’universo medico in cui i rifugiati operano. Sia le proposte di cura che gli itinerari terapeutici intrapresi dai rifugiati sono intrinsecamente legati al movimento. Un movimento che è sia transfrontaliero nella diaspora dei rifugiati sud sudanesi e negli spostamenti continui di andata e ritorno che questi compiono tra la loro terra di origine e il *settlement*, ma è anche transnazionale e globale nel momento in cui pensiamo che a muoversi non sono solo i saperi e le tecniche dei sistemi di cura indigeni; ma che nel *settlement* si muovono su distanze mondiali i saperi, le tecniche e gli operatori della biomedicina che attraverso le organizzazioni umanitarie arrivano da tutto il mondo per operare a Bidibidi. I livelli locali, nazionali e globali di azione coinvolgono la mobilità in molteplici dimensioni. Si spostano personale, farmaci ed esperti da una località all'altra. Vi è una mobilità istituzionale di agenzie statali, organizzazioni multilaterali, organizzazioni non governative e associazioni di autoaiuto. La mobilità istituzionale comprende sia l’istituzione di filiali in Africa che gli

⁶³ 2012, p. 13.

spostamenti del personale e degli esperti avanti e indietro tra la sede centrale e le varie destinazioni mirate. La mobilitazione e la mobilità degli esperti nei momenti di emergenza epidemica rappresentano un elemento centrale nella missione di istituzioni multilaterali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (Janzen 1978). Dal lato non istituzionale ad agire a livello internazionale però sono anche gli agenti di industrie multinazionali del fitoterapico che vendono i loro prodotti intorno e nel *settlement* e che hanno le loro sedi in Cina, in Malesia o nelle Filippine. Recentemente in East Africa e anche in Uganda si è potuto assistere alla penetrazione di nuovi agenti nel campo della medicina fitoterapica nella scia di multinazionali estere che hanno inteso fare dell'Africa un nuovo mercato. Queste multinazionali stanno immettendo sul mercato locale nuovi rimedi fitoterapici, principalmente derivati dalla cultura asiatica, con sempre maggior successo. Sul territorio queste aziende si organizzano secondo i principi del networking: vi è infatti solitamente una sede centrale in Kampala e diverse sedi distrettuali. Al livello più basso della catena vi sono i 'distributori' che agiscono vendendo al dettaglio, a coordinare più distributori vi è un manager e salendo di livello i senior manager, fino ai capi di sede. Per salire nella gerarchia è necessario raggiungere determinati livelli di introiti; ricavi che solitamente si ottengono ampliando la propria rete e prendendo altre persone a lavorare sotto di sé. I prodotti commercializzati da queste multinazionali sono rimedi fitoterapici che giungono in Uganda già lavorati e confezionati sotto forma di pastiglie o polveri direttamente dal Paese produttore. Queste compagnie che godono dell'appoggio di personaggi di spicco a livello statale, il Presidente dell'Uganda Yoweri Museveni in primis, hanno affiliato numerosi guaritori erboristi tradizionali. Essi si fanno portatori di un messaggio che li pone in antagonismo con i loro colleghi tradizionali, usufruendo anche di un linguaggio tipico della biomedicina. Professano spesso con ingenuità, quell'accuratezza nel dosaggio o nella somministrazione che viene imputata come mancanza della medicina tradizionale dalle agenzie di cura occidentali. A differenza dei guaritori tradizionali affrontano,

però, maggiori difficoltà. Si trovano infatti inizialmente davanti ad un ostacolo di matrice culturale e di diffidenza verso prodotti provenienti dall'esterno; ostacolo invero facilmente superabile visto il numero di pazienti da essi professato e la continua espansione dell'azienda. Il secondo problema che si trovano a dover affrontare è il costo dei medicinali. Essi sono, infatti, più cari di quelli locali e inoltre richiedono un pagamento immediato. Il 'distributore' compra con le proprie risorse i prodotti alla sede centrale ed è quindi obbligato a chiedere immediatamente il compenso per la cura, a differenza dei guaritori locali che lo pospongono a guarigione avvenuta.

Lo spostamento che il 'distributore' deve compiere per ottenere i prodotti e il tipo di vendita 'porta a porta' concorrono ulteriormente all'aumento dei prezzi. Gli agenti sul territorio di queste multinazionali ricevono continui *training* presso le sedi distrettuali e quella centrale di Kampala, i quali sembrano però essere maggiormente corsi di *marketing*. La maggior parte di loro infatti non conosce esattamente la composizione del farmaco che somministrano e se per la diagnosi si basano sulle loro conoscenze come guaritori tradizionali, per la somministrazione si affidano completamente al bugiardo. I 'distributori' in determinate occasioni hanno inoltre la possibilità di usufruire di macchinari per l'analisi medica come un elettrocardiogramma o strumenti per l'analisi del sangue. Strumenti i quali vengono portati ai distretti dalla sede centrale di Kampala solo quando viene raggiunto un determinato numero di richieste.

La penetrazione di queste multinazionali trova forse terreno fertile nella maggiore assimilazione al contesto tradizionale, rispetto a quella possibile con la medicina occidentale, poiché si muove sempre sul piano della fitoterapia e la distribuzione avviene, prevalentemente, attraverso gli stessi agenti della medicina tradizionale. I quali posso sfruttare i legami di fiducia precedentemente costruiti con i pazienti e la società. Allo stesso tempo il linguaggio utilizzato da queste multinazionali 'ammicca' alla biomedicina rendendo i loro prodotti una valida alternativa per le generazioni più giovani. Non pare tuttavia esserci una distinzione di età tra coloro

che usufruiscono di questi rimedi fitoterapici d'importazione. È interessante vedere come si evolverà questo fenomeno negli anni a venire e quali ripercussioni avrà sulla trasmissione dei saperi tradizionali, che tipo di convivenza tra i due si verrà a formare e soprattutto quali saranno le modifiche da esso apportate nelle condizioni sanitarie del Paese e ancor più nel *settlement*.

Allo stesso tempo c'è un movimento interno di guaritori e venditori appartenenti alle *hosting communities* o di imprenditori locali che costruiscono le cliniche e farmacie private in cui i rifugiati si riforniscono, quando possono, di quei medicinali che scarseggiano negli *health center*. Risulta quindi necessario prestare attenzione al movimento formale ed informale di esperti e medicine provenienti da contesti geografici e da sistemi di cura differenti. E approcciare la mobilità in modi che integrino lo spostamento delle persone in qualità di migranti, lavoratori, rifugiati, commercianti, medici, guaritori, pazienti, esperti e altri soggetti in movimento da e verso l'Africa. Questi elementi costituiscono importanti componenti dell'identità e delle pratiche di salute dei migranti tra i Paesi d'origine e quelli ospitanti. Inoltre, sebbene la mobilità forzata sia un'esperienza sociale distruttiva per i rifugiati parlare di movimento può mettere in luce i temi della connettività, della multi-direzionalità e del ritorno come aspetti fondamentali della salute e all'assistenza sanitaria (Langwick, Dilger, Kane 2012).

I guaritori e i loro intermediari varcano continuamente il confine, il movimento di andata e di ritorno dal Sud Sudan è continuo e segue le alterne vicende del conflitto, ma anche le alternanze economiche e durante la pandemia di Covid-19 ha rappresentato un modo per sfuggire alle restrizioni introdotte dallo Stato ugandese in materia di movimento e lavoro. Alcuni rifugiati compiono regolarmente il percorso, per altro non lunghissimo, da e per l'Uganda. A queste persone i guaritori che non possono essi stessi compiere questo spostamento per l'approvvigionamento di materie prime fitoterapiche si affidano per reperirle, comprarle e venderle. Come abbiamo visto alcune specie di piante non crescono sul

lato ugandese del confine e allo stesso tempo queste piante medicinali acquistano 'potere'. La provenienza dalla terra dell'abbondanza e da un luogo in cui quei legami 'culturali' che le rendono efficaci sono ancora percepiti forti sono sia marchio di efficacia terapeutica sia simbolo di una potenza nella cura che le piante raccolte o coltivate in esilio non possono raggiungere. Questo fa sì che a varcare il confine non siano solo le persone, ma anche la materialità e gli strumenti della cura. Le piante in un certo qual modo si liberano della metafora delle radici e diventano mobili, connettendo geografie e culture e nello stesso tempo ibridando i sistemi medici in cui andranno ad agire. Il movimento infatti non è esclusivamente biunivoco tra Uganda e Sud Sudan, ma intreccia una rete di punti. Se è vero che oggi è sempre più comune vivere in un mondo sociale che si estende tra luoghi e comunità in due o addirittura più Stati-nazione (Vertovec 2001) questo è vero non solo per i rifugiati, ma anche per i saperi e le erbe che si muovono con loro.



Alexandra nel suo *compuond* Bidibidi 2019.

Alexandra, madre di cinque figli, mi racconta i movimenti che suo figlio e le sue cure hanno compiuto in un itinerario terapeutico che li ha messi in contatto con tre diversi Paesi e numerosi sistemi di cura. Alexandra ha meno di quarant'anni e si trova a Bidibidi dal 2016. Ha perso il marito nella guerra civile ed è l'unica *provider* per la famiglia. Uno dei suoi figli soffre di poliomielite e ha perso l'uso delle gambe e del braccio sinistro. Una condizione che lo affligge fin da quando era molto piccolo. Al *settlement* Alexandra ha provato tutte le possibilità di cura che le erano disponibili. Al centro medico però non c'è nulla che possano fare, e gli aiuti al sostegno del bambino non arrivano quasi mai, non

delle stampelle, ma neanche i pannolini per riuscire a marginare l'incontinenza del figlio. Per un breve periodo una organizzazione umanitaria statunitense le aveva fornito alcuni aiuti nella forma di un paio di stampelle e di una sedia a rotelle che però quando la incontro nel 2019 si sono ormai danneggiate irrimediabilmente perdendo qualsiasi utilità.

Alexandra si è anche rivolta ai guaritori indigeni, ma con scarsi o nessun risultato.

«Nel 2017 mi sono rivolta ad un *Bodo* che si diceva fosse specializzato nelle cure di malattie come quella di mio figlio. Per un po' ho visto dei miglioramenti, ma poi più niente. Mi hanno detto che le erbe qui non funzionano bene e che in Sudan potevo trovarne altre che qui non crescono. Così sono tornata per un po' nel nostro villaggio per farlo curare, ma niente».

Fallito il tentativo sud sudanese ritorna al *settlement* delusa e disillusa, ma nel 2020 viene a sapere dalla sorella che si trova in Congo che lì si può trovare un guaritore famoso in tutta la zona transfrontaliera che si dice avere una cura miracolosa. Così in piena pandemia lascia gli altri quattro figli ad una zia e si incammina con il figlio disabile verso il Congo. Lo lascerà con la sorella per quasi un anno. Nel 2022 quando ci incontriamo nuovamente dopo la fine dei numerosi lockdown il figlio è nuovamente con lei. Mi mostra dei leggeri miglioramenti nella mobilità del braccio del bambino, è molto contenta. Ma non poteva più permettersi di pagare il guaritore congolese, né di stare lontana dal resto della sua famiglia. Tuttavia, è tornata in Uganda con un tesoretto, il guaritore infatti le ha mostrato alcune erbe a uso palliativo che promettono di rendere la vita del figlio meno complicata e lei le ha piantate nel suo giardino. Se funzioneranno, mi dice, potrà aiutare il suo bambino, ma anche insegnare il rimedio ad altre madri nella stessa condizione, E più avanti, magari, anche venderle al mercato.

L'itinerario terapeutico di Alexandra non si realizza esclusivamente nel

muoversi tra diverse risorse e sistemi di cura, a muoversi su grandi distanze sono lei e il figlio tra Sud Sudan, Uganda e Congo, ma anche gli strumenti della cura. La sedia a rotelle è stata prodotta in Cina e portata in Uganda da una organizzazione statunitense. Le piante medicinali travalicano i confini di tre Stati nazione e si muovono lungo le linee di un bisogno generato dalla sofferenza che però tocca i temi del *displacement*, dell'ambiente ed economici. Il viaggio di Alexandra ha comportato in primis un ingente investimento economico da parte sua e allo stesso tempo ha attivato risorse materiali da fonti differenti. Non in ultimo la possibilità di trasformare questo movimento, questa traslazione di corpi, saperi e materiali in un futuro auspicato profitto economico. In un certo senso queste piante che lei porta in Uganda e pianta vicino alla sua modesta abitazione hanno acquistato un maggior 'potere' nel loro viaggio. Un potere che non deve essere inteso solamente come quello generato da una domanda e da un'offerta. I rimedi fitoterapici che lei utilizza per suo figlio e che non esistevano prima nel *settlement* hanno acquistato potere perché si sono mossi, in virtù della loro provenienza e del percorso fatto hanno un valore curativo: *mobility is power*.

L'uso e lo scambio di rimedi fitofarmaceutici all'interno dell'insediamento e attraverso i confini illustrano la mobilità e l'adattamento della conoscenza indigena della salute. In Sud Sudan, le terapie erboristiche che utilizzano composti vegetali di origine naturale continuano ad essere fortemente utilizzate. La popolazione rifugiata in Uganda ha portato con sé questa conoscenza delle piante medicinali a Bidibidi e i trattamenti a base vegetale rimangono un ricorso primario per infezioni comuni e sintomi quando i servizi medici scarseggiano.

La crisi dei rifugiati ha portato a innovazioni nella conoscenza e nella pratica fitofarmaceutica a Bidibidi. Vengono identificate e incorporate nella materia medica nuove varietà di piante attraverso la sperimentazione. Parti

alternative delle piante vengono impiegate per adattarsi a diversi ambienti. I vincoli di risorse richiedono una maggiore efficacia del dosaggio e la capacità di combinare erbe differenti. Nuovi materiali come le plastiche sostituiscono argilla e cesti per conservare e somministrare i rimedi. Come abbiamo visto nella prima parte del capitolo guaritori come Stella e Orace utilizzano una varietà di strumenti, medicinali in senso ampio e tecniche che incorporano all'interno dei loro saperi creando configurazioni nuove e in continua evoluzione.

Lo scambio di conoscenze si verifica anche tra i sudanesi appena arrivati e le comunità ospitanti ugandesi a Bidibidi. Questa ibridazione culturale vede l'adozione di piante nuove nelle farmacopee locali. La mobilità consente alle competenze fitofarmaceutiche di attraversare confini culturali, trasmettendosi attraverso contatti personali, percorsi di cura e apprendistati.

La conoscenza della medicina erboristica circola ulteriormente oltre Bidibidi attraverso le connessioni dei rifugiati con le comunità di origine. Piante coltivate o raccolte in Uganda vengono riportate in Sud Sudan per migliorare la sicurezza alimentare e viceversa. I telefoni cellulari inoltre consentono la prescrizione di rimedi a distanza e in alcuni casi la possibilità di una vera e propria diagnosi telematica. Le reti transnazionali sostengono così le tradizioni vegetali attraverso i confini.

L'assistenza sanitaria transnazionale comprende non soltanto le persone che oltrepassano i confini durante i loro itinerari terapeutici, ma anche il trasferimento di consigli medici, trattamenti e medicinali. L'attraversamento delle frontiere può avvenire mediante viaggi personali, ma può verificarsi anche attraverso telefonate e internet. I farmaci e gli altri prodotti medici si spostano attraverso reti sociali che collegano i luoghi di partenza e di arrivo in reti che non sono solo sociali e geografiche ma si muovono anche attraverso il mondo digitale (Tiilikainen 2012). Tuttavia, l'esperienza dei rifugiati pone anche sfide per

mantenere il patrimonio fitofarmaceutico. La mobilità limitata a causa delle politiche di distribuzione della terra ostacola le attività di raccolta. La deforestazione intorno agli insediamenti degrada le risorse biologiche a disposizione e le giovani generazioni mostrano meno interesse ad apprendere complesse preparazioni vegetali.

Conclusioni

Il *Settlement* di Bidibidi è un sistema complesso, in cui diversi fattori locali, nazionali e internazionali intervengono su molti assi nell'influenzare le condizioni di vita dei rifugiati. L'emergenza migratoria nata da decenni di scontri armati in Sud Sudan ha contribuito a plasmare il sistema di accoglienza ugandese, tanto quanto le dinamiche degli aiuti internazionali. Questo sistema considerato tra i più 'aperti' al mondo ha reso l'Uganda un hub per un milione e quattrocentomila rifugiati provenienti dai Paesi confinanti, e allo stesso tempo ha reso il Paese un centro di sperimentazioni di politiche migratorie e interventi internazionali, rendendolo una cartina tornasole per la funzionalità di trend a livello mondiale.

In questa tesi, focalizzata sulla salute a Bidibidi, ho cercato di inserire i dati emersi dalla ricerca sul campo nella rete di relazioni internazionali e globali che oggi agiscono sul 'sistema della cura'.

Il *settlement* è un campo privilegiato per analizzare come i cambiamenti nelle politiche internazionali della cura si siano evoluti in tempi recenti, soprattutto a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso. Non è infatti possibile analizzare le strutture sanitarie di Bidibidi senza prendere in considerazione i cambiamenti ideologici, politici ed economici che le hanno rese quello che sono.

Il sistema sanitario dell'Uganda ha compiuto progressi significativi nel corso degli ultimi decenni, soprattutto a partire dall'indipendenza del Paese nel 1962. In quegli anni inizia un percorso di costruzione di un apparato moderno che fin da subito cerca di creare una rete capillare e inclusiva di ampi strati della popolazione. Questa spinta però come abbiamo visto nel secondo capitolo rimane incompiuta, sia a causa delle difficoltà economiche dello Stato, sia per l'instabilità politica che per un retaggio ereditato dal passato coloniale. La colonia aveva infatti dato poca

importanza allo sviluppo delle strutture sanitarie al di fuori dei principali centri urbani, preoccupandosi poco delle condizioni di salute della componente indigena al di là di una soglia minima che mantenesse la capacità di controllo della popolazione e un approvvigionamento costante di manodopera sana. Altri retaggi coloniali rimangono nell'avversione per le forme alternative di medicina che anche nel post-colonia, nonostante alcuni tentativi, rimarranno per lo più emarginate.

Se da un lato il neonato Stato ugandese eredita una visione di *Public Health* che vede nell'amministrazione statale il compito e l'onere di provvedere alla salute dei propri cittadini, il sistema sanitario che emerge in questo contesto continua a rimanere limitato nei mezzi e nella sua capacità di raggiungere ampi strati della popolazione. A partire dagli anni '70, le turbolenze politiche, i conflitti interni e la diffusa povertà frenarono lo sviluppo equilibrato del sistema sanitario, che entrò in una fase di stagnazione. La dittatura di Idi Amin portò alla distruzione di gran parte delle strutture pubbliche costruite nel decennio post-coloniale e negli anni Ottanta, la priorità tornò ad essere l'assistenza d'emergenza, con il sostegno di donatori e agenzie internazionali.

A partire dagli anni Novanta sono state avviate una serie di riforme sanitarie, su impulso della comunità internazionale. L'agenda è stata dettata dall'Organizzazione Mondiale della sanità e dalla Banca Mondiale, più che scaturire da processi interni di riforma. Questi cambiamenti miravano alla decentralizzazione gestionale, all'ampliamento dell'assistenza sanitaria di base, alla privatizzazione dei servizi e al contenimento dei costi. L'OMS infatti dopo i fallimenti dei primi progetti top-bottom, in cui aiuti specializzati o tecnologie specifiche venivano impiegate per cercare di risolvere 'magicamente' problemi sanitari che sempre più emergevano come di carattere globale, aveva implementato due nuovi approcci. Il primo emerso dalla conferenza di Alma Ata e espresso dagli slogan "salute per tutti" promuoveva un'attenzione maggiore verso l'implemento di una sanità e salute di base diffusa. La *Primary Health Care* prevedeva la necessità di costruire e fornire strumenti e cure diffuse, ma per la

prima volta si riprometteva di coinvolgere le comunità locali in tutte le fasi dello sviluppo e timidamente apriva la strada per l'inserimento in questi programmi anche dei guaritori indigeni. Il secondo approccio, nato dall'inserimento della Banca Mondiale nei processi di aiuto umanitario, prevedeva una doppia decentralizzazione. Per evitare le enormi perdite di denaro causate dai precedenti progetti, l'obiettivo era aprire a un più ampio parco di attori, creando una collaborazione con un settore misto di pubblico e privato. E, inoltre, ai recipienti degli aiuti si chiedeva di adattare i loro sistemi sanitari secondo logiche di decentralizzazione economica e amministrativa che si pensava potessero razionalizzare spese e servizi e allo stesso tempo incentivare l'inserimento di enti privati nel sistema d'aiuti.

Questo modello ha prodotto risultati ambivalenti. L'assistenza sanitaria di base si è notevolmente ampliata, anche se resta insufficiente. Il decentramento amministrativo ha trasferito responsabilità eccessive a distretti sanitari privi di risorse adeguate creando scompensi e dipendenze da fondi esterni generando un settore pubblico gravemente sottodimensionato e sottodotato sul piano delle risorse finanziarie, umane e tecnologiche. Il settore privato sta assumendo un peso crescente nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, rispondendo alla domanda insoddisfatta dalle strutture pubbliche. Tuttavia, cliniche e ambulatori privati rimangono concentrati nei grandi centri urbani e hanno costi proibitivi per la maggioranza della popolazione. Anche la proliferazione di piccole farmacie e ambulatori informali nelle zone rurali fornisce cure di qualità incerta, spesso a prezzi elevati.

Nonostante gli sforzi compiuti, quindi, il sistema sanitario ugandese continua a scontare diverse criticità che ne ostacolano uno sviluppo equo e sostenibile. Tra queste la carenza di risorse adeguate; la dipendenza persistente dagli aiuti esterni; la frammentazione e scarso coordinamento tra i diversi attori (pubblico, privato,

ONG); i forti divari tra aree urbane e rurali, le diffuse carenze di personale qualificato (che mal volentieri si sposta nelle zone più decentrate e che è sempre più attirato dal settore privato); l'obsolescenza delle infrastrutture e degli strumenti della cure; le frequenti interruzioni nella fornitura di farmaci essenziali; la proliferazione di erogatori privati informali di qualità incerta; la debolezza dei sistemi informativi e di monitoraggio e di conseguenza la carenza di dati affidabili sulla salute (come evidenziato dalla pandemia di Covid-19).

Le sfide dell'assistenza sanitaria per i rifugiati

La massiccia presenza di rifugiati, provenienti dai Paesi confinanti dilaniati da conflitti come Sudan del Sud, Repubblica Democratica del Congo e Somalia, pone sfide enormi per il fragile sistema sanitario nazionale. Aggravate dal fatto che i *settlements* sorgono quasi tutti in zone decentrate del Paese che soffrono di maggiori difficoltà economiche.

Nei campi rifugiati gli interventi umanitari hanno permesso di attivare servizi essenziali di prevenzione e cura gestiti da UNHCR, dal governo e da numerose ONG partner. Tuttavia, la qualità dell'assistenza rimane precaria a causa della cronica carenza di fondi, personale qualificato, strutture e forniture mediche adeguate rispetto al grande numero di rifugiati da assistere. L'afflusso di rifugiati ha inoltre sovraccaricato le strutture pubbliche nelle zone di insediamento, acuendo le disuguaglianze di accesso alla salute con le comunità ospitanti. I distretti che accolgono i campi profughi si trovano a far fronte a una domanda enorme di servizi sanitari con risorse limitate.

Il caso di studio di Bidibidi evidenzia in modo emblematico le criticità dell'assistenza sanitaria. Nonostante gli sforzi profusi dalle agenzie umanitarie, i servizi sanitari nel campo si sono rivelati largamente insufficienti rispetto ai

bisogni della popolazione rifugiata. I centri medici sono pochi, scarsamente attrezzati e con grave carenza di farmaci. Mancano strutture di ricovero e personale adeguato. I rifugiati lamentano difficoltà nell'accesso a cure tempestive: ostacolato dalle distanze, dai costi dei trasporti e dalle lunghe attese ai centri medici spesso sovraccaricati dal numero di pazienti. Queste criticità alimentano sentimenti di abbandono e sfiducia verso gli operatori umanitari e ancora di più verso quelli sanitari. I rifugiati sud-sudanesi nel campo sono altamente vulnerabili alla diffusione di malattie infettive, favorite dalle condizioni igienico-sanitarie precarie. Malaria, infezioni respiratorie e diarroiche sono molto comuni, così come occasionali epidemie di morbillo. Su queste difficoltà oggettive, aggravate negli ultimi anni dalla riduzione degli aiuti e dalle emergenze pandemiche, si innesta una percezione dei servizi sanitari da parte dei rifugiati che va oltre la semplice materialità dei problemi fin qui elencati. La malattia e la cura spesso diventano un linguaggio attraverso il quale esprimere la sofferenza in generale, nonché le numerose sfide affrontate dai rifugiati. La conversazione sulla salute agisce come una lente per scrutare le condizioni complessive della vita dei rifugiati, e l'analisi critica o l'apprezzamento dei servizi forniti dalle strutture di accoglienza si trasformano in strumenti per influenzare il sistema all'interno del campo. La malattia viene inserita nell'insieme delle criticità che i rifugiati devono affrontare, fattori come il clima, le condizioni di vita, la quantità e la qualità delle razioni alimentari sono parte dell'insieme di un contesto che risulta malato nella sua interezza. Le eziologie che si muovono intorno all'evento malattia chiamano in causa numerosi aspetti della loro vita. Dietro a questo approccio olistico non c'è solo una concezione diversa del contesto sociale della sofferenza e della cura. I rifugiati, infatti, sono consapevoli che le lamentele riguardanti la distribuzione del cibo o la qualità delle cure rappresentino uno dei pochi mezzi a loro disposizione per esercitare un qualche grado di influenza sull'amministrazione del campo. Le perdite subite durante il loro viaggio, unite alla mancanza di accesso alle risorse nel Paese ospitante, riducono significativamente il loro potere di agire e di sfidare

le regole e le strutture di potere esistenti. L'influenza stessa di fattori socioeconomici e politici svolge un ruolo significativo nella percezione della salute. Ogni elemento di questa 'malattia diffusa' è immediatamente intrecciato con il prima e il dopo dell'arrivo nel *settlement*. Emergono così malattie conosciute come 'sudanesi' e 'ugandesi', mentre la qualità dei servizi sanitari e della vita in generale viene spesso correlata a un passato carico di dolore e incertezza, ma che assume anche la forma di una sorta di nostalgia. In Uganda non solo non si viene curati, in Uganda ci si ammala. Ma l'aspetto più controverso è la percezione di non ricevere medicine e trattamenti adeguati. I farmaci scarseggiano e quelli disponibili sono considerati inefficaci, al punto da scoraggiare la richiesta di assistenza. Manca fiducia nella capacità e nella volontà del personale sanitario di comprendere e curare i disturbi.

Le testimonianze raccolte tra gli abitanti della Zona 3 restituiscono l'immagine di una popolazione afflitta da numerose patologie, in parte presenti anche nel Paese d'origine ma qui aggravate dal deterioramento delle condizioni di vita. La promiscuità delle baracche sovraffollate, la carenza di acqua pulita e servizi igienici, l'accumulo di rifiuti, uniti alla scarsa alimentazione creano un contesto favorevole alla diffusione di malattie infettive e gastrointestinali. Malaria, febbre tifoide e dissenteria figurano tra le patologie più diffuse, che colpiscono soprattutto bambini e anziani. Anche patologie della pelle, occhi e apparato respiratorio sono molto comuni, favorite dalla mancanza d'acqua per lavarsi e dalla polvere che avvolge l'insediamento. Inoltre, l'insufficiente varietà alimentare e il limitato apporto nutrizionale del cibo distribuito provocano casi di malnutrizione acuta e carenze che indeboliscono i rifugiati, rendendoli maggiormente suscettibili alle infezioni. Mancando la possibilità di integrare la dieta con prodotti freschi coltivati autonomamente, la monotonia alimentare è percepita come causa di nuove patologie un tempo sconosciute o poco diffuse. Anche il diverso clima, con estati torride alternate a stagioni delle piogge fredde e umide, è indicato come fattore negativo per la salute, unito alla carenza di indumenti e ripari adeguati.

Oltre alle malattie fisiche, è diffusa nel campo anche una sofferenza psicologica che si manifesta in sindromi culturalmente codificate. In particolare, la condizione dei 'pensieri' esprime un malessere mentale caratterizzato da insonnia, incubi, ansia, depressione. Questa sofferenza è anch'essa frutto ed espressione di un sistema di fratture più ampio. Se vi sono ovviamente i traumi derivati dal conflitto e dalla diaspora ma anche dalla diffusa violenza che serpeggia e mai si sopisce nel *settlement*, allo stesso tempo parla del peso enorme che devono affrontare le madri single, dell'ansia e del logorio dell'incessante ricerca di trovare mezzi e modi per mantenere sé stessi e la propria famiglia, dell'impossibilità di uscire da un limbo che vede i rifugiati come intrappolati tra più confini: quello nazionale tra il loro Paese d'origine e l'Uganda, quello del campo e quello della marginalità della loro condizione di vita.

Il concetto di cura, della sua qualità e della percezione dei servizi sanitari offerti è quindi un concetto complesso che nasce dall'interconnessione di logiche diverse e che si compone di una trama fitta di fattori che coinvolgono l'ordine sociale, l'ordine biologico, il simbolismo culturale. Non si tratta solo di un fenomeno fisico-chimico di alterazione del corpo, ma anche di un evento sociale. Le credenze, i valori e le pratiche che ogni cultura attribuisce alla sofferenza ne plasmano la comprensione e l'interpretazione, influenzando i percorsi terapeutici e le aspettative che ogni malato ha su di essi agendo al contempo sulle dinamiche familiari e comunitarie. Le opportunità di accedere alle cure rappresentano una stretta via che limita le scelte e le possibilità di realizzazione individuale, restringendo la libertà di determinare come affrontare il proprio corpo e le sofferenze che esso subisce. Le condizioni socio-economiche dei migranti, compresi fattori come lo status legale, l'occupazione, il reddito e l'integrazione sociale, nonché il genere, possono esercitare un notevole impatto sull'accesso ai servizi medici e sulla qualità dell'assistenza fornita. Numerose barriere si frappongono a questo accesso: barriere linguistiche, carenza di informazioni e

mancanza di comprensione reciproca tra medici e pazienti, problematiche strutturali legate ai mezzi e all'approvvigionamento, nonché ostacoli finanziari. Inoltre, le interazioni tra operatori sanitari e pazienti possono plasmare la percezione della cura e la sua qualità, ma non si può risolvere semplicemente attraverso programmi di formazione e informazione.

È fondamentale considerare come le conversazioni sulla cura siano influenzate e influenzino a loro volta il contesto storico, culturale, sociale ed economico. Questo aspetto va oltre la semplice valutazione statistica dell'efficacia di un determinato trattamento, poiché rappresenta un intricato tessuto di relazioni che definisce l'esperienza complessiva della cura. Occorre quindi prendere sul serio le voci dei rifugiati, analizzando a fondo i fattori strutturali, organizzativi e relazionali alla base delle criticità percepite. Sono necessarie risposte che integrino i dati quantitativi con la lettura qualitativa dei bisogni di salute, in una prospettiva psico-sociale e culturale.

I servizi sanitari nei campi profughi non possono limitarsi alla gestione clinica ed epidemiologica. Devono riconoscere il trauma e la sofferenza nella loro interezza, abbracciando le dimensioni personali, familiari e comunitarie dell'esperienza dei rifugiati. Solo così potranno recuperare legittimità agli occhi della popolazione assistita e forse, in parte, aumentare la propria efficienza e utilità.

Anche la recente pandemia di COVID-19 ha evidenziato l'impreparazione e la fragilità dei sistemi sanitari nei campi profughi. Nonostante gli sforzi di contenimento, le risorse per screening di massa, tracciamento e isolamento dei casi si sono rivelate largamente insufficienti a Bidibidi e in altri insediamenti di rifugiati. Attività essenziali come screening epidemiologici, isolamento dei positivi e quarantena dei contatti sono state gravemente ostacolate dalla mancanza di spazi, personale e dispositivi medici necessari nei campi profughi. Anche la fornitura di

mascherine e prodotti igienizzanti è stata intermittente e insufficiente. I dati sui contagi nei campi non sono del tutto affidabili, vista l'inadeguatezza dei sistemi di sorveglianza e testing. Ma è plausibile ipotizzare un'ampia circolazione del virus favorita dalle condizioni di promiscuità dei campi. Anche la campagna vaccinale tra i rifugiati è partita con molto ritardo, scontando scarse forniture, diffidenza della popolazione e difficoltà di accesso ai siti vaccinali. Ad oggi la copertura vaccinale nei campi rimane largamente inferiore rispetto agli obiettivi.

Nel contesto di Bidibidi, le politiche di chiusura delle frontiere e della limitazione del movimento hanno avuto un impatto straordinario, influenzando sia il flusso degli aiuti umanitari che il movimento del personale internazionale. Tuttavia, non ha impedito in alcun modo il passaggio attraverso la permeabile linea di confine con il Sud Sudan.

Data la vulnerabilità della popolazione rifugiata e la possibile carenza di infrastrutture sanitarie e risorse adeguate all'interno del campo, la decisione di limitare l'ingresso di individui esterni potrebbe aver contribuito a ridurre il rischio di diffusione del virus e a preservare la salute e la sicurezza dei rifugiati già presenti. D'altra parte, la chiusura delle frontiere ha anche comportato restrizioni nell'accesso a servizi essenziali per i rifugiati. È diventato notevolmente più complesso per gli operatori umanitari e le organizzazioni internazionali fornire il loro supporto e assistenza nel campo, a causa delle limitazioni di movimento e delle misure di controllo alla frontiera. Inoltre, gran parte del personale internazionale presente nel campo ha dovuto lasciare il Paese all'inizio del 2020. Anche se la comunità internazionale ha cercato di inviare fondi e risorse al campo, questi sforzi spesso si sono rivelati insufficienti. Inoltre, il virus ha colpito fortemente il personale sanitario rimasto nel *settlement* andando ad inficiare ulteriormente la capacità del sistema di fornire un servizio adeguato.

Il sistema di cura indigeno

All'interno e intorno ai buchi lasciati dal sistema istituzionale della cura si muovono sia gli itinerari terapeutici dei rifugiati che gli agenti indigeni della salute. I rifugiati si districano agilmente tra diverse fonti di cura, validazione della sofferenza, in percorsi che si dipanano sia tra sistemi diversi che su distanze geografiche spesso anche importanti. Tra le fonti alternative al sistema sanitario del *settlement* vi sono le cliniche private, di varia grandezza ed entità che cercano in vario modo di inserirsi nel mercato lasciato aperto dalla mancanza di medicinali e di cure specialistiche, ma gli attori più importanti sono i guaritori indigeni: i *Bodo*.

Il *Bodo* è la figura del guaritore tradizionale 'positivo', che opera attraverso l'utilizzo di piante medicinali e rimedi naturali secondo sistemi che vengono professati come bio-chimici utilizzando la pianta medicinale in funzione di farmaco in grado di agire sul malessere fisico. Viene visto come un agente benefico, una forza del bene in opposizione al suo rivale: il *Buni*.

I *Bodo* che probabilmente in passato tramandavano le loro conoscenze terapeutiche principalmente in ambito familiare oggi, anche a causa della frattura della coesione sociale operata dalla diaspora, orientano la trasmissione del loro sapere maggiormente su un rapporto tra maestro e allievo, scelto sulla base delle attitudini personali. Non sembra, infatti, esserci una rigorosa trasmissione di genere o per diritto di primogenitura. L'apprendista viene scelto per le sue doti di memoria, comprensione e predisposizione ad addentrarsi nel *bush* per raccogliere le piante. Sul piano terapeutico, i *Bodo* utilizzano varie preparazioni vegetali reperite nell'ambiente boschivo circostante il campo o coltivate nei loro giardini che però possono essere integrate anche da rimedi minerali e animali.

Tuttavia, i cambiamenti climatici in corso stanno erodendo la disponibilità di specie vegetali un tempo abbondanti. La progressiva deforestazione intorno al campo e gli effetti del surriscaldamento globale riducono biodiversità e risorse, costringendo i guaritori a spingersi sempre più lontano o rinunciando a rimedi divenuti introvabili. Con la perdita delle piante medicinali autoctone, vengono dimenticate anche le relative conoscenze terapeutiche. Per ovviare alla carenza di vegetali locali, alcuni guaritori ricorrono a canali di approvvigionamento transfrontalieri. Piante ed erbe medicinali nate del Sud Sudan vengono fatte arrivare a Bidibidi tramite rifugiati che compiono viaggi tra i due Paesi, acquisendo così maggior potere terapeutico dalla loro provenienza originaria. Anche prodotti di origine asiatica, come pillole e polveri ayurvediche, penetrano nel campo attraverso reti transnazionali di vendita porta a porta, sponsorizzate da multinazionali indiane, malesi o cinesi. L'estrema mobilità che guaritori e rimedi mettono in atto nella ricerca di luoghi di approvvigionamento, validazione professionale e di risorse terapeutiche è un elemento centrale del 'potere' di queste figure e delle loro pratiche. La mobilità appare evidente anche nei cambiamenti e nelle nuove tecniche e materiali che i guaritori sono capaci di incorporare nel loro armamentario. Un sapere che non è mai immobile, né nello spazio né nel tempo al contrario di come è stato spesso dipinto da certe visioni che leggono il termine 'tradizionale' come sinonimo di immobilismo.

La funzione farmacologica di questi rimedi, o professata come tale, spesso però sfuma in concezioni diverse di farmaco. Alcune piante infatti agiscono non solamente in virtù delle loro proprietà organolettiche, ma in virtù della loro interazione col divino acquisiscono capacità di influire su certe malattie per similarità. Il 'potere' dei rimedi fitoterapici infatti, è quasi sempre attribuito ad una loro ordinazione divina. Le piante funzionano perché Dio le ha create per curare. In parallelo erbe in dotazione ai *Bodo* acquisiscono potere anche in merito della loro capacità di muoversi attraverso i canali di una memoria culturalmente viva.

Pur professando un approccio empirico, il bodo ricorre anche a visioni oniriche per acquisire conoscenze terapeutiche o come ausilio diagnostico. La presenza di figure angeliche o di parenti defunti può essere simbolo di un'elezione divina. La benedizione divina e la fede sono infatti considerate essenziali per l'efficacia delle cure oltre ad una certa dose di 'fortuna'.

Le conoscenze pratiche degli erboristi sono spesso elargite, nei loro tratti minimi, ai pazienti, i quali ricevono una prescrizione delle erbe da raccogliere o piantare nel proprio giardino e sulle modalità di trattamento e di somministrazione. Capita così che il sapere degli erboristi si muova orizzontalmente nella società facendo di essi una sorta di dizionario medico ed erbario. Questo non vuol dire che la totalità delle loro competenze venga per così dire 'data in dono' ai pazienti. Esistono rimedi e pratiche di cui ogni erborista è fortemente geloso ed esse sono spesso individuali. In tali casi la pianta medicinale e il modo di somministrazione non vengono mostrati e il costo del trattamento è molto alto. Nonostante tutti i miei informatori tenessero molto a marcare la loro generosità e a sottolineare come essi fossero un agente di cura più economico rispetto ad altre fonti di assistenza medica, questo non è del tutto vero.

Il pagamento delle cure avviene solitamente in due tempi, una somma viene corrisposta prima dell'inizio del trattamento e il resto vien versato a guarigione avvenuta.

Le competenze variano da erborista a erborista, esistono delle specializzazioni tra di essi. Alcuni di essi, armati anche di un acuto senso imprenditoriale e di tecniche o rimedi particolari, si sono posti all'apice di reti di clientela anche di un certo peso economico guadagnandosi una fama che supera i confini del *settlement*.

Di fronte alle carenze del sistema sanitario ufficiale, i guaritori tradizionali come

gli erboristi svolgono un ruolo chiave nell'assistenza sanitaria a Bidibidi. Forti di un rapporto di maggiore fiducia con i pazienti, essi attingono a un repertorio di rimedi e pratiche che si muovono su diversi canali di validazione della cura; da quello legato alle tradizioni a forme di innovazione che si fanno forza di saperi, tecniche e vocabolari nuovi. Il loro è un sapere in continua evoluzione, in continuo movimento che proprio in virtù di questa capacità di traslarsi e tradursi in forme sempre diverse continua a mantenere una capacità di leggere e agire sui contesti in cui opera. I rifugiati a loro volta compiono itinerari terapeutici nello spazio e tra diversi sistemi di cura alla ricerca di soluzioni plurime alla sofferenza non solo materiale che li affligge. A differenza del sistema sanitario ufficiale quello informale dei guaritori è in grado di inserire la malattia nel contesto più ampio. Tuttavia, i cambiamenti climatici e ambientali stanno erodendo la disponibilità di specie un tempo abbondanti, costringendo gli erboristi a spingersi sempre più lontano o a ricorrere a canali transfrontalieri per reperire i loro rimedi. Questo comporta un'erosione della memoria e del sapere di cui sono portatori già danneggiato dalla frammentazione dei legami familiari e comunitari. I guaritori erboristici e i loro saprei sono però in grado di interagire in modo proficuo con gli altri agenti della cura, statali e privati che in varie forme concorrono a disegnare un universo sanitario estremamente variegato seppur inadatto a coprire tutti i bisogni della popolazione rifugiata.

Il *settlement* di Bidibidi è un esempio lampante dell'inadeguatezza degli aiuti umanitari e delle strutture sanitarie. Resta un dato importante, di cui i progetti in questo ambito devono tenere conto, che ad essere manchevole non sono solo le strutture, i mezzi, i farmaci, il personale, ma l'approccio stesso alla sofferenza che le istituzioni mettono in atto. Appare chiara la necessità di un approccio ad ampio raggio che non si preoccupi solo dei numeri e dei risultati epidemiologici, ma che sia in grado di fornire una risposta completa alle esigenze dei rifugiati. Un passo importante in questo senso potrebbe essere quello di espandere i propri servizi

attraverso una cooptazione rispettosa della componente indigena della cura. Se alcuni passi in questo senso sono stati compiuti dallo Stato ugandese negli ultimi anni, questo nel *settlement* risulta quasi completamente assente.

Se è vero che il percorso verso una piena partecipazione dei guaritori tradizionali è irto di ostacoli rappresentati da difficoltà di standardizzazione e controllo dei trattamenti, problemi di controllo del dosaggio e manca molto spesso una ricerca scientifica che supporti le evidenze empiriche delle cure erboristiche. L'inclusione degli agenti della cura indigena potrebbe essere uno strumento essenziale anche solo per espandere sistemi di monitoraggio, primo intervento, traduzione culturale di interventi e pratiche e fungere da ponte per un approccio ad ampio raggio della sofferenza che colpisce i rifugiati.

Le domande alla base della mia ipotesi di ricerca hanno in parte trovato risposta. Nel *settlement* permangono e anzi fioriscono numerose forme di sistemi di cura indigeni. Ho cercato di dare conto della loro funzione nel mantenimento della salute e nella gestione di sofferenza, analizzandone le interazioni in un contesto più ampio che pone gli operatori tradizionali della cura in un universo di relazioni su scala sia locale che globale. Essi sono sia depositari di saperi che vengono tramandati da una generazione all'altra, sia agenti e promotori di attenti e curiosi percorsi di innovazione e ibridazione. Mantengono all'interno di Bidibidi un ruolo sociale importante, non solo come guaritori e per questo capaci di curare come di nuocere, ma anche come punti focali di linee di contatto tra luoghi e culture. Dalla loro hanno una conoscenza approfondita di un apparato fitoterapico che però rischia di assottigliarsi sotto i colpi del cambiamento climatico, dello sgretolamento stesso delle connessioni sociali e dell'indifferenza, o diffidenza, delle strutture sanitarie biomediche.

Altre domande a cui non è ancora possibile dare risposta permangono. Quale

futuro attende questi attori e i loro saperi tra l'incudine della guerra e la liminalità della loro condizione di rifugiati? Sarà possibile integrare queste figure all'interno di apparati di aiuto che sono sempre più sovraccarichi, stanchi e malfunzionanti? E se questo sarà possibile quale ruolo potranno assumere in un mondo della salute che sta virando sempre più verso la ricerca di un'esattezza statistica e calcolabile dell'aiuto. Il sistema di Salute Globale per come si è andato creando negli ultimi decenni, nonostante le professate intenzioni, mal si adatta a concepire la visione di cura e di salute di cui i *Bodo* si fanno portatori. In questo senso uno sguardo antropologico potrebbe forse fare da ponte, da sforzo di traduzione, cercando di avvicinare il mondo dei decisori degli aiuti umanitari alla preziosa visione dal basso che i guaritori indigeni possono fornire. Può aiutare a fare da tramite per la creazione di progetti che siano davvero in grado di coinvolgere la popolazione nella negoziazione e progettazione della loro salute e sanità. Nella speranza di creare situazioni che siano in grado di creare benessere e sviluppo.

Se come abbiamo visto nei capitoli precedenti analizzare i discorsi sulla cura e sulla sofferenza vuol dire dare conto anche di un più ampio universo di significati che intrecciano i temi della violenza, del controllo biopolitico e della resistenza ad esso; spostare il focus dello sguardo verso le istanze che vengono dal basso resta forse l'unico modo per evitare di appiattire la popolazione di *Bidibidi* ad un mero numero epidemiologico. Uno sguardo che provi a dare loro la possibilità di una qualsiasi forma di *empowerment*, deve per forza di cose cercare di rompere la bidimensionalità del *report*, strumento privilegiato dalle agenzie umanitarie, perché solo nel dar conto della multifattorialità del mondo della sofferenza e della cura, solo mostrando le interconnessioni che i rifugiati stessi esercitano in questi discorsi si può sperare di mostrare la loro dignità di attori in grado di esercitare la loro *agency* ben al di là del ruolo marginale di *bare life* in cui spesso i dati della medicina rischiano di relegarli.

Bibliografia

Adams V., 2013, *Evidence-Based Global Public Health*, in Biehl J., Petryna A. (ed.), *When People Come First. Critical studies in Global Health*, Princeton University Press.

Agamben G.,

-1998, *Homo Sacer: Sovereign power and bare life*, Stanford University Press.

-2002, *Remnants of Auschwitz: The Witness and the archive*, New York.

-2005, *State of exception*, University of Chicago Press.

Ario A.R., Atuheire Barigye E., Nkonwa I.H., Ogwal J., Opio D.N., Bulage L., Kadobera D., Okello P.E., Warren Kwagonza L., Kizito S., Kwesiga B., Kasozi J., 2022, *Evaluation of public health surveillance systems in refugee settlements in Uganda, 2016–2019: lessons learned*, *Conflict and Health*, Vol.16, No.15

Atamanov A., Cochinar F., Ilukor G., Kilic T., Pontini G., 2021, *Progress of COVID-19 Vaccination among Respondents in Uganda: High-Frequency Phone Survey*, *Blogs World Bank*.

Augé M., 1984, *Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento*, in Augé M., Herzlich C. (a cura di), 1986, *Il senso del male, Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano.

Augé M., Herzlich C., 1986, *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il Saggiatore (ed. orig. 1984, *Le sens du mal*).

Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Éditions des Archives Contemporaines).

Ayers J., 2010, *Sudan's uncivil war: the global—historical constitution of political violence*, *Review of African Political Economy*, Vol. 37, No. 124, pp. 153-171, Taylor & Francis Ltd.

Beaglehole R., Bonita R., 2010, *What is Global Health*, *Glob Health Action*. 2010 Apr 6;3.

Behrend H., 2000, *Alice Lakwena and the Holy Spirits: War in Northern Uganda, 1985-97*, Ohio University Press.

Benatar S.R., 1998, *Global Disparities in Health and Human Rights: A Critical Commentary*, *American Journal of Public Health* V. 88, N.2.

Beneduce R., 2010, *Corpi e Saperi Indocili. Guarigione, stregoneria e potere in Camerun*, Torino, Bollati Boringhieri.

Bereketeab R., 2017, *The Collapse of IGAD Peace Mediation in the Current South Sudan Civil*, *Journal of African Foreign Affairs*, Vol. 4, No. 1/2, pp. 67-84.

Bernardi B.,

-1984, *La Professionalizzazione della Medicina Tradizionale, Africa*, *Rivista trimestrale di studi e documentazione dell'Istituto italiano per l'Africa e l'Oriente*, Anno 39, No. 1, marzo 1984, pp. 1-19, Istituto Italiano per l'Africa e l'Oriente.

-1998, *'Salute per tutti': prospettiva XXI secolo*, *L'arco di Giano. Rivista di medical humanities*, No, 16, pp.1-31.

Bernault F., 2006, *Body, Power and Sacrifice in Equatorial Africa*, *The Journal of African History*, 47(2), 207–39.

Berridge W. J., 2015, *Civil Uprisings in Modern Sudan. The 'Khartoum Springs' of 1964 and 1985*, Bloomsbury Academic, Bloomsbury Publishing Plc.

Beswick S. F.,

-1991, *The Addis Ababa Agreement: 1972-1983 Harbinger of the Second civil war in the Sudan*, *Northeast African Studies*, Vol. 13, No. 2/3, pp. 191-215, Michigan State University Press.

-1994, *Non-Acceptance of Islam in the Southern Sudan: The Case of the Dinka from the Pre Colonial Period to Independence (1956)*, *Northeast African Studies, New Series*, Vol. 1, No. 2/3, pp. 19-47, Michigan State University, East Lansing, Michigan.

-1994, *Islam and the Dinka of the Southern Sudan from the Pre-Colonial Period to Independence (1956)*, *Journal of Asian and African Studies*.

Betts A., 2021, *Refugees And Patronage: A Political History Of Uganda's 'Progressive' Refugee Policies*, *African Affairs*, 120: 479, pp. 243–276.

Bibeau G., 1982, *New Legal Rules for an Old Art of Healing. The Case of the Zairian Healers' Associations*, *Social Science and Medicine*, 16(21), pp. 1843-1849.

Biehl J., Ong Y., 2018, *From global health to planetary and micro global health*, in Parker R., García J. (ed.), *Routledge Handbook on the Politics of Global Health*,

Routledge.

Biehl J., Petryna A. (ed.), 2013, *When People Come First. Critical studies in Global Health*, Princeton University Press.

Bogner A., Neubert D., 2013, *Negotiated Peace, Denied Justice? The Case of West Nile (Northern Uganda)*, Africa Spectrum, V48 n.3, pp. 55–84.

Boswell A., 2021, *Conflict and Crisis in South Sudan's Equatoria*, US Institute of Peace.

Braveman, P., Egerter, S., Williams, D.R., 2011, *The Social Determinants of Health: Coming of Age*, Annual Review of Public Health, 32, 381-398.

Centers for Disease Control and Prevention, 2018, *Malaria Prevalence and Control among Refugees in Bidibidi Refugee Settlement, Yumbe District, Uganda*.

Chen et. al., 2020, *What is global health? Key concepts and clarification of misperceptions*

Collier S.J., 2005, *Global asylum: Seekers, sovereigns, and states*, Annual Review of Anthropology, 34, 251-274.

Comaroff J., 1993, *The Diseased Heart of Africa. Medicine, Colonialism, and the Black Body*, in

Lindembaum S., Lock M. (ed.), *Knowledge, Power and Practice. Anthropology of Medicine and Everyday Life*, University of California Press.

Costello A., Abbas M., Allen A., Ball S., Bell S., Bellamy R., Patterson C., 2009, *Managing the health effects of climate change*, Lancet and University College London Institute for Global Health Commission, The Lancet, 373(9676), 1693-1733.

Crisis Group Africa, 2014, Report N°217, *South Sudan: A Civil War by Any Other Name*.

Csordas T.J.,

-1990, *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, Ethos V. 18, N. 1, pp. 5-47.

-1994, *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge University Press.

Cueto M.,

-2004, *The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care*, American Journal of Public Health 94: 1864-1874.

-2013, *A Return to the Magic Bullet? Malaria and Global Health in the Twenty-First Century*, in Biehl J., Petryna A. (ed.), *When People Come First. Critical studies in Global Health*, Princeton University Press.

Dawson MH., 1987, *The 1920s anti-yaws campaigns and colonial medical policy in Kenya*, International Journal of African History Stud, 20(3):417-35.

De Waal A., 2014, *When kleptocracy becomes insolvent: brute causes of the civil war in South Sudan*, African Affairs, Vol. 113, No. 452, pp. 347-369, Oxford University Press.

de Simone S.,

-2020, *Refugees in Uganda between Politics and Everyday Practices*, Africa e Orienti, anno XXII, N.1.

-2022, *Refugees and Centralized State-building in Uganda*, Africa. N.S. V.IV, N.2.

Dilger H., Kane A., Langwick S. (ed), 2012, *Medicine, Mobility and Power in Global Africa. Transnational health ad healing*, Indiana University Press.

Dowhaniuk N., 2021, *Exploring country-wide equitable government health care facility access in Uganda*, International Journal for Equity in Health, 20: 38.

Dozon J-P., 2000, *Ciò che vuol dire valorizzare la medicina tradizionale*, in Schirripa P., Vulpiani P., (a cura di), 2000, *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Lecce, Argo Editore, pp. 41-54.

Dryden-Peterson S., Hovil L., 2004, *A Remaining Hope for Durable Solutions: Local Integration of Refugees and Their Hosts in the Case of Uganda*, Refuge: Canada's Journal on Refugees, N.22, pp. 26–38.

Dunham GC., 1945, *Today's global Frontiers in public health: a pattern for cooperative public health*, Am J Public Health Nations Health. 1945;35(2):89–95.

Durkheim E., 2001, *Le regole del metodo sociologico. Sociologia e filosofia*, Torino, Einaudi.

Fassin D., 1996, *L'espace politique de la santé: Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France.

Fassin D., Pandolfi M. (Eds.), 2014, *Contemporary states of emergency: The politics of military and humanitarian interventions*, Zone Books.

Faye A., Bob M., Fall A., Fall C., 2008, *HM Government. Health is global: a UK Government strategy 2008*, London: UK Government.

Fee, E., Brown T.M., 2002, *A history of public health*, Oxford University Press.

Feierman S.,

-1985, *Struggles for Control: The Social Roots of Health and Healing in Modern Africa*, African Studies Review, Vol. 28, No. 2/3 (Jun. - Sep. 1985), pp. 73-147.

-2005, *On Socially Composed Knowledge: Reconstructing a Shambaa Royal Ritual* in Maddox H., Giblin L. (ed), 2005, *In Search of a Nation: Histories of Authority and Dissidence in Tanzania*, Athens: Ohio University Press, pp. 14-32.

Ferguson J.,

- 2010, *The Uses of Neoliberalism*, Antipode 41. -2015, *Giv a man a fish. Reflections on the New Politics of Distribution*, Duke University Press.

Fidler D.P., 2003, *SARS, governance and the globalization of disease*, Palgrave Macmillan.

Foster G.M.,

-1976, *Medical Anthropology and International Health Planning*, Medical

Anthropology Newsletter, Vol. 7, No. 3 (May, 1976), pp. 12-18.

-2009, *Bureaucratic Aspect of International Health Programs*, in Hahn R.A., Inhorn M.C. ed., (2009), *Anthropology and Public Health. Bridging Difference in Culture and Society*, New York, Oxford University Press.

Foucault M., 1963, *Naissance de la Clinique*, Paris, Presses Universitaire de France.

Frazer J.G., 1935, *The Golden Bough; a Study in Magic and Religion*, The Macmillan Company.

Friedman C.P., Wong A.K., Blumenthal D., 2018, *Achieving a nationwide learning health system*, *Science Translational Medicine*, 10(470).

Gebbie K.M., Rosenstock L., Hernandez L.M. ed., 2003, *Who will keep the public healthy? Educating public health professionals for the 21st century*, National Academies Press.

George A., Dearden T., 2019, *Bidibidi Refugee Settlement: Environmental Scoping Report and Recommendations*, UNHCR and Norwegian Refugee Council, Uganda.

Geraci S., 2000, *Approcci transculturali per la promozione della salute: argomenti di medicina delle migrazioni*, Anterem.

Giarelli G., 1995, *Medicina Africana e Sviluppo Professionale. Il Caso dell'Ugao Tharaka*, E.M.I., Bologna.

Giarelli G., 2005, *Storie di cura: medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, F. Angeli.

Githigaro J.M., 2016, *What Went Wrong in South Sudan in December 2013*, *African Conflict and Peacebuilding Review*, Vol. 6, No. 2, pp. 112-122, Indiana University Press

Good B.J.,

-1990, *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological perspective*, The Lewis Henry Morgan Lectures, Newy York, Rochester ed.

-1999 (ed. Ita), *Narrare la malattia*, Edizioni Comunità.

Gostin L.O., 2000, *Public health law: Power, duty, restraint*, University of California Press.

Hamlin C., 1998, *Public health and social justice in the age of Chadwick: Britain, 1800-1854*, Cambridge University Press.

Helman C.G., 2008 (eds.), *Culture, Health and Illness*, *Medical Anthropology Quarterly*, 22(2):204 – 208.

Hinton A.L., 1999 (eds.), *Biocultural Approaches to the Emotions*, Cambridge University Press.

Hours B., 1986, *African Medicine as an Alibi and as a Reality*, in *African Medicine in the Modern World*, Seminar Proceeding No.27, 1986, University of Edinburgh, pp. 41-58.

Hovil L., 2007, *Self-settled Refugees in Uganda: An Alternative Approach to Displacement?*, Journal of Refugee Studies, Volume 20: 4, pp. 599–620.

Hutchinson R.A.,

-1991, *Fighting for Survival: People and the Environment in the Horn of Africa*,

-1996, *Nuer Dilemmas: Coping with Money, War and the State*, University of California Press.

-2000, *Nuer Ethnicity Militarized*, Anthropology Today, Vol. 16, No. 3, pp. 6-13.

Hynie M., 2018, *The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: A critical review*, The Canadian Journal of Psychiatry, 63(5), 297-303.

Illich I., 1977, *Nemesi medica l'espropriazione della salute* (trad. it.), Mondadori, Milano.

Inhorn M.C., Wentzell E.A. (Eds.), 2012, *Medical anthropology at the intersections: Histories, activisms, and futures*, Duke University Press.

International Crisis Group,

-2009, *Jonglei's tribal conflicts: countering insecurity in South Sudan*.

-2021, *South Sudan's Other War: Resolving the Insurgency in Equatoria*.

IOM, 2019, *Healthcare Access and Utilization among South Sudanese Refugees in Bidibidi Refugee Settlement, Uganda*.

Jacobsen K., 2014, *Livelihoods and Forced Migration*, in Qasmiyeh E. (Ed.), *The Oxford Handbook of Refugee and Forced Migration Studies*, Oxford University Press.

Janes C.R., 2009, *An Ethnographic Evaluation of Post-Alma Ata Health System Reforms in Mongolia: Lessons for Addressing Health Inequalities in Poor Communities*, in Hahn R.A., Inhorn M.C. ed., (2009), *Anthropology and Public Health. Bridging Difference in Culture and Society*, New York, Oxford University Press.

Janzen J.M., 1978, *The Quest for Therapy in Lower Zaire*, California University Press, London.

Johnson D.H., 2003, *Nuer Prophets: A History of Prophecy from the Upper Nile in the Nineteenth and Twentieth Centuries*, Clarendon Press, Oxford.

Jok M., Hutchinson S. E., 1999, *Sudan's Prolonged Second Civil War and the Militarization of Nuer and Dinka Ethnic Identities*, *African Studies Review*, Vol.42, pp.125-45.

Kaiser T., 2006, *Between a Camp and a Hard Place: Rights, Livelihood and Experiences of the Local Settlement System for Long-Term Refugees in Uganda*, *The Journal of Modern African Studies*, 44(4), 597–621.

Kickbusch I., 1986, *Health promotion: a global perspective*, *Can J Public Health*, 77(5):321–6.

Kickbusch I., Allen L., Franz C., Davis P., 2018, *Global health diplomacy: concepts, issues, actors, instruments, fora and cases*, Springer.

Kleinman A.,

-1973, *Toward a comparative study of medical systems*, Science, Medicine and Man, n 1:55-65.

-1974, *Cognitive structure of traditional medical systems*, Ethnomedicine n 3: 27-40.

-1980, *Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Comparative studies of Health systems and medical care, London, University of California press.

-1989, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human*, Basic Book.

-2006, *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Cambridge University Press, p. 312.

-2010 *Four Social Theories for Global Health*, Lancet 375: 1518–19.

Komakech H., Atuyambe L., Orach C.G., 2019, *Integration of health services, access and utilization by refugees and host populations in West Nile districts, Uganda*, Confl Health 13, 1.

Koplan JP, Bond TC, Merson MH, Reddy KS, Rodriguez MH, Sewankambo NK, et al., 1993, *Towards a common definition of global health*. Lancet 2009; 373: 1993-5.

Langwick S.A., 2018, *Bodies, politics, and African healing: The matter of maladies in Tanzania*, Indiana University Press.

Last M., Chavunduka G.L. (ed), 1986, *The Professionalization of African Medicine*, International African Institute: Manchester University Press.

Liebling H., Barrett H., Artz L., 2020, *South Sudanese Refugee Survivors of Sexual and Gender-Based Violence and Torture: Health and Justice Service Responses in Northern Uganda*, International Journal Environ Res Public Health, 2020 Mar 5;17(5):1685.

Maclean U., 1986, *The WHO Programme for the Integration of Traditional Medicine, in African Medicine in the Modern World*, Seminar Proceedings no. 27 1986, Center of African Studies, University of Edinburgh.

Macleod R., Lewis J.M., 1988, *Disease, Medicine and Empire Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*, Routledge Library Edition.

Mamdani M.,

-2003, *Making sense of political violence in post-colonial Africa*, Socialist Register, pp.132-151.

-2009, *Saviors and survivors: Darfur, politics, and the war on terror*, New York, Pantheon Books.

Mareng C.D., 2009, *The Sudan's dimensions: A country divided by ethnicity and religion*, African Journal of Political Science and International Relations, Vol. 3, No.12, pp. 532-539

Marmot M., 2005, *Social determinants of health inequalities*, The Lancet,

365(9464), 1099-1104.

McKague K., 2020, *South Sudanese refugees in Uganda face overwhelming odds against COVID-19*, South Sudan Medical Journal, 13(2), 57-59.

Merkx J., 2002, *Refugee identities and relief in an African borderland: a study of Northern Uganda and Southern Sudan*, Refugee Survey Quarterly, Vol. 21, No. 1/2, pp. 113-146 in *Displacement in Africa: Refuge, Relief & Return*, Oxford University Press

Meyer S., 2006, *The 'refugee aid and development' approach in Uganda: empowerment and self-reliance of refugees in practice*, NEW ISSUES IN REFUGEE RESEARCH: Research Paper No. 131.

Miles M.P., Munilla L.S., Covin J.G., 2002, *The Constant Gardener Revisited: The Effect of Social Blackmail on the Marketing Concept, Innovation, and Entrepreneurship*, Journal of Business Ethics, Vol. 41, No. 3 Dec. 2002, Springer, pp. 287-295.

Mokhele T., Mutyambizi C., Manyapelo T., Ngobeni A., Ndinda C., Hongoro, C., 2023, *Determinants of Deteriorated Self-Perceived Health Status among Informal Settlement Dwellers in South Africa*, International Journal of Environmental Research and Public Health, 20.

Mullings L., 2019, *On our own terms: Race, class, and gender in the lives of African American women*, Routledge.

Mulumba D., 2010, *Women Refugees in Uganda: Gender Relations, Livelihood Security, and Reproductive Health*, Fountain Publishers.

Mulumba M., Ruano A.L., Perehudoff K., Ooms G., 2021, *Decolonizing Health Governance: A Uganda Case Study on the Influence of Political History on Community Participation*, Health and Human Rights Journal.

Nichter M., Vuckovic N., 1994, *Understanding Medication in the Context of Social Transformation*, in Etkin N.L., Tan M.L. (Eds.), *Medicines: Meanings and Contexts*, Quezon City: HAIN, pp. 287-305.

Nkuubi J., 2020, *When guns govern public health: Examining the implications of the militarized COVID-19 pandemic response for democratisation and human rights in Uganda*, African Human Rights Law Journal, 20, 607-639.

OAU, 1969, *Convention Governing the Specific Aspects of Refugee Problems in Africa*, www.unhcr.org.

O'Brien J., 1986, *Toward a Reconstitution of Ethnicity: Capitalist Expansion and Cultural Dynamics in Sudan*, American Anthropologist, New Series, Vol. 88, No. 4, pp. 898-907, Wiley.

Padiglione V., 1986, *Antropologia medica: teoria e metodologia*, Educazione alla salute, 13, 2-7.

Patey L., 2010, *Crude days ahead? OIL and the resource curse in Sudan*, African Affairs, V. 109:437, pp 617–636.

Pinaud C., 2014, *South Sudan: Civil War, predation and the making of a military aristocracy*, African Affairs, Vol. 113, No. 45, pp. 192-211, Oxford University Press on behalf of The Royal African Society.

Poggo S.S., 2009, *Legacy of the Failed Mutiny*, in *The First Sudanese Civil War*, Palgrave Macmillan, New York.

Porter D., 1997, *Health, civilization, and the state: A history of public health from ancient to modern times*, Routledge.

Powell A.C., Durojaye E., 2022, *Constitutional Resilience and the COVID-19 Pandemic: Perspectives from Sub-Saharan Africa*, Palgrave Macmillan.

Prince R.J., 2014, *Situating Health and the Public in Africa Historical and Anthropological Perspectives*, in Prince R.J., Marsland R. (ed.), *Situating Health and the Public in Africa Historical and Anthropological Perspectives*, Ohio University Press.

-2015, *Navigating "Global Health" in an East African City* in Prince R.J., Marsland R. (ed.), *Making and Unmaking Public Health in Africa. Ethnographic and Historical Perspectives*, Ohio University Press, Athens.

Prince R.J., Marsland R. (ed.), 2014, *Situating Health and the Public in Africa Historical and Anthropological Perspectives*, Ohio University Press.

Quaranta I.,

-2006, *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina editore.

-2006, *Introduzione*, in Fabietti U. (a cura di) *ANTROPOLOGIA*, N. 8, pp. 5-15.

-2010, *Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria* in Pellicchia U., Zanotelli F., *La Cura e il Potere. Salute Globale, Saperi Antropologici, Azioni di*

Cooperazione Sanitaria Transnazionale, Ed.it, Firenze.

-2014, *Antropologia medica e salute globale*, AM Rivista della Società italiana di antropologia medica, pp. 127-146.

Relazioni di base

Quaranta I., Ricca M., 2012, *Malati fuori luogo: medicina interculturale*, R. Cortina.

Remotti F., 2009, *Noi, primitivi. Lo specchio dell'antropologia*, Bollati Boringhieri.

Report of the 2019 GHRP editorial meeting.

Republic of Uganda,

-2019, *Health Sector Integrate Refugee Response Plan 2019-2024.*

-2019, *Health Sector integrated refugee response plan 2019-2024.* The World Conversation Union, Switzerland.

-2020, *Food Security and Nutrition Assessment in Refugee Settlements and Kampala*, 2020.

Rolandsen Ø.H.,

-2011, *A False Start: Between War and Peace in the Southern Sudan, 1956-62*, The Journal of African History, Vol.52, No.1, pp.105–23.

-2011, *A quick fix? A retrospective analysis of the Sudan Comprehensive Peace Agreement*, Review of African Political Economy, Vol. 38, No. 130, pp. 551-564, Taylor & Francis, Ltd.

-2011, *The Making of the Anya-Nya Insurgency in the Southern Sudan, 1961–64*, Journal of Eastern African Studies, Vol.5, No.2, pp. 211–32.

Rolandsen Ø.H., Kindersey N., 2019, *The nasty war: organised violence during the Anya-Nya insurgency in South Sudan, 1963–72*, The Journal of African History, Vol.60, No.1, pp. 87-107.

Rolandsen Ø.H., Leonardi C., 2014, *Discourses of Violence in the Transition from Colonialism to Independence in Southern Sudan, 1955–1960*, Journal of Eastern African Studies, Vol.8, No.4

Rosenstock L., Lee L.J., Petersen D.J., 2001, *The emergence of the field of public health education and health promotion in the United States*, Journal of Public Health Policy, 22(1), 20-31.

Rutinwa B., 2002, *The End of Asylum? The Changing Nature of Refugee Policies in Africa*, Refugee Survey Quarterly, vol.21, n.1-2.

Sarwar N., 2012, *Post-independence South Sudan*, Strategic Studies, Vol. 32, No. 2/3, pp. 172-182, Institute of Strategic Studies, Islamabad.

Scheper-Hughes N., Lock M. M., 1987, *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work*, Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar. 1987), pp. 6-41.

Schirripa P., Vulpiani P., (a cura di), 2000, *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle*

Americhe, Lecce, Argo Editore.

Schmidt L., 2014, *Agency of the South Sudanese: Compensating for Health Care in Mungula Refugee Settlement*, Retrieved from Independent Study Project (ISP) Collection.

Schultz J.L., 2020, *Refugee* in De Lauri A. (eds.), *Humanitarianism: Keywords*, pp.169-171, Brill.

Snow J., 1855, *On the Mode of Communication of Cholera*, John Churchill ed.

Snowden F.M., 2019, *Epidemics and Society: From the Black Death to the Present*, Yale University press.

Ssengooba, F., Rahman, S.A., Hongoro, C. *et al.*, 2007, Health sector reforms and human resources for health in Uganda and Bangladesh: mechanisms of effect. *Human Resource Health* 5:3 (2007).

Tashobya C., Ssengooba F., Cruz V.O. (eds.), 2006, *Health Systems Reforms in Uganda: Processes and Outputs*, Institute of Public Health Makerere University, Uganda Health Systems Development Programme, London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK Ministry of Health, Uganda.

Tiilikainen M., 2012, *It's Just Like the Internet: Transnational Healing Practices between Somaliland and the Somali Diaspora*, in Dilger H., Kane A., Langwick S. (eds), *Medicine, Mobility and Power in Global Africa. Transnational health and healing*, Indiana University Press.

Tiitmamer N., Augustino T., 2018, *Climate Change and Conflicts in South Sudan*,

Mayai and Nyathon Hoth Mai Sudd Institute.

Tounsel C., 2016, *Khartoum Goliath: SPLM/SPLA Update and Martial Theology during the Second Sudanese Civil War*, Journal of African Religions, Vol. 4, No. 2, pp. 129-153, Penn State University Press.

UNHCR,

-2016, *Guidelines on International Protection*, No. 12: *Claims for Refugee Status related to Situations of Armed Conflict and Violence under Article 1A(2) of the 1951 Convention and/or 1967 Protocol relating to the Status of Refugees and the Regional Refugee Definitions*.

-2018, *Comprehensive refugee response plan: Uganda case study*. -2018, *Refugee Health Report Uganda*.

-2019, *Uganda Country Refugee Response Plan: The Integrated Response Plan for Refugees from South Sudan, Burundi and the Democratic Republic of Congo, January 2019–December 2020*, Regional Refugee Coordination Office (RRC), Nairobi, Kenya: 2019.

-2021, *Health and Nutritional Status of Refugees in Bidibidi Settlement, Yumbe District, Uganda*.

UNHCR, GoU, 2002, *Bidibidi Endline Report 2020. A study on the current improvement in community Access, Practices on Water, Sanitation and Hygiene in Bidibidi Settlement*.

van Baarsen M.V, 2000, *The Netherlands and Sudan: Dutch Policies and Interventions with respect to the Sudanese Civil War*, Clingendael Institute,

Conflict Research Unit.

van der Geest S., 2006, *Anthropology and the Pharmaceutical Nexus*, in Petryna M., Lakoff A., Kleinman A., 2006, *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Cambridge University Press, p. 312.

Vaughan M, 1991, *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*, Stanford University Press.

Vertovec S., 2001, *Transnationalism and Identity*, *Journal of Ethnic and Migration Studies* 27 (4): 573–582.

Viken B., Lyberg A., Severinsson E., 2015, *Maternal Health Coping Strategies of Migrant Women in Norway*, *Nursing Research and Practice*.

W.H.O.,

-1976, *Traditional Medicine and its Role in the Development of Health Services in Africa*, Regional Committee for Africa, AFR/RC26/TD/1, Brazzaville.

-1977, *Health Manpower Development. The problems of the Health Teams*, Regional Office for Africa, Afro Technical Report Series n.4,7, Brazzaville.

-1978, *Alma Ata, Primary Health Care: Report of the International Conference*, Geneva.

-1979, *Traditional Birth Attendants. A Field Guide to their Training. Evaluation and Articulation with Health services*, WHO Offset Publ., n.44, Geneva.

-2002, *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, WHO Geneva. -2008,

International Conference on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Towards the Achievement of the Health Millennium Development Goals, 28-30 April 2008, Ouagadougou, Burkina Faso.

-2008, Report on the Review of Primary Health Care in the African Region, AFRO Library Cataloguing-in-Publication Data, Brazzaville, WHO regional Office for Africa.

-2012, Health Systems. The report of a multy-country study, Brazzaville, WHO Regional Office for Africa.

-2013, WHO traditional medicine strategy: 2014-2023, WHO Geneva.

-2017, *Case study from Uganda PRIMARY HEALTH CARE SYSTEMS (PRIMASYS)*, College of Health Sciences, Makerere University, Uganda.

-2019, *Health and Nutrition Assessment in Bidibidi Refugee Settlement, Yumbe District, Uganda.*

Whiteford L.M., Manderson L., 2000, *Global Health Policy, Local Realities: The Fallacy of the Level Playing Field*, Boulder, Lynne Rienner Publishers.

Wiley A.S., Allen J.S. (ed.), 2017, *Medical Anthropology: A Biocultural Approach*, Oxford University Press.

Willis J., 2015, *The Southern Problem: Representing Sudan's Southern Provinces to c. 1970*, *The Journal of African History*, Vol. 56, No.2, pp. 281–300.

Willis J., Egemi O., Winter P., 2011, *Land and Water*, in Ryle J., Willis J., Baldo

S., Jok M., *The Sudan Handbook*, Boydell & Brewer.

Winslow C.E.A., 1920, *The untilled fields of public health*, *Science*, 51(1306), 23-33.

Womack M. (ed.), 2009, *The Anthropology of Health and Healing*, Altamira Press.

Worboys M., 2006, *The emergence of tropical medicine: a study in the establishment of a scientific discipline*, The Hague, Mouton, pp. 75–98.

World Bank, 1993, *Investing in Health: World Development Report 1993*, New York, Oxford University Press.

Wutich A., Brewis A., 2014, *Food, Water, and Scarcity: Toward a Broader Anthropology of Resource Insecurity*, *Current Anthropology*, Vol. 55, No. 4, pp. 444-468, The University of Chicago Press

Yayi A., Laing V., Govule P., Anguyo D., Onzima R., Ayiko R., et al., 2015, *Performance of epidemic prevention, preparedness and response in West Nile region, Uganda*, *International Journal of Public Health Research*, 2015;3(5):228-33.

Ylönen A., 2014, *Dwindling but surviving: South Sudan and external involvement in the current crisis*, *Review of African Political Economy*, Vol. 41, No. 141, pp. 466-473, Taylor & Francis Ltd.