

Salute, sviluppo e lotta alla povertà: vecchie e nuove forme di mobilitazione nelle campagne del Tigray (Etiopia)

Alessia Villanucci
Missione Etnologica Italiana in Tigray – Etiopia

Il contesto della ricerca

L’Etiopia è oggi investita da rilevanti politiche di sviluppo intraprese con il sostegno dei *donors* internazionali e delle organizzazioni transnazionali: l’obiettivo dichiarato dal governo è quello di rendere il paese, entro un ventennio, un’economia a medio-reddito. A tal fine, nel novembre 2010, il defunto primo ministro Meles Zenawi ha varato un ambizioso programma quinquennale, il *Growth and Transformation Plan* (GTP), che prevede imponenti interventi di ordine infrastrutturale, economico e sociale (Ministry of Finance and Economic Development 2010).

Tale programma consolida il progetto di trasformazione del paese in direzione di un “capitalismo sviluppista”, perseguito da Meles Zenawi e dal governo dell’Ethiopian People’s Revolutionary Democratic Front (la coalizione di partiti di cui è stato a capo fino alla morte recente, avvenuta nell’agosto del 2012) attraverso l’appropriazione del modello del *developmental State* asiatico, mutuato dalle esperienze di industrializzazione della Corea, di Taiwan e più recentemente della Cina, che prevede il massiccio intervento dello Stato nell’economia¹ (Fantini 2013; Hangmann & Abbink 2011a; Lefort 2012a; Vaughan 2011).

In questo processo le aree rurali detengono un ruolo strategico: è qui che risiede l’84% della popolazione, la cui principale fonte di sussistenza è l’agricoltura. Nelle campagne dell’altopiano a nord del paese, l’esercizio del potere da parte dell’EPRDF si consolida intorno ad un “meta-discorso” sullo Sviluppo che, declinandosi localmente in molteplici forme, plasma la vita degli abitanti e permea la realtà microsociale².

Al fine di inquadrare a livello macro-politico i dati etnografici che saranno oggetto di analisi nelle pagine successive, è necessario accennare brevemente ad alcuni episodi della storia recente etiope.

Nel 1974, un colpo di stato militare ha deposto l'imperatore Haile Selassie, instaurando una dittatura socialista sostenuta dall'Unione Sovietica, retta dal colonnello Menghistu Haile Mariam e conosciuta comunemente come *Derg*. Nello stesso periodo, in Tigray, un gruppo di studenti universitari ha fondato il Tigray People's Liberation Front (TPLF), il fronte armato di liberazione nazionale, che ha presto assunto un ruolo di primo piano durante tutta la guerra civile, organizzando e conducendo la lotta armata contro l'esercito del *Derg*. Nelle fila del fronte tigrino si è formata l'élite che tuttora detiene la maggior parte delle posizioni istituzionali in Tigray e molte alte cariche a livello federale³.

Nel 1991, l'Ethiopian People's Revolutionary Democratic Front (EPRDF) – una coalizione di forze ribelli formatasi dall'alleanza tra il TPLF ed altri fronti di liberazione sorti via via nel resto del paese – ha sconfitto definitivamente il regime di Menghistu. Una volta insediatosi al potere, l'EPRDF ha annunciato una serie di riforme in direzione della liberalizzazione politica ed economica.

Oggi il sistema di governo è definito una “democrazia rivoluzionaria”. Con questa espressione, si fa riferimento ad un complesso ideologico e pragmatico che combina una serie di elementi di ispirazione marxista-leninista propri del fronte tigrino, le strategie di derivazione maoista sviluppate nel corso della guerra civile, con l'adesione dialettica al modello delle democrazie liberali occidentali e l'appropriazione dei discorsi sullo sviluppo partecipativo e sulla *good governance*, dominanti a livello transnazionale (Fantini 2009). Un'operazione dinamica di “*bricolage*” (Bach 2011) che, come si vedrà in relazione all'ambito sanitario, dà forma a concrete strategie di governo degli individui e del territorio. Il dibattito scientifico internazionale e le organizzazioni umanitarie in difesa dei diritti umani sono concordi nel denunciare la crescente deriva autocratica e accentratrice dell'EPRDF⁴. Dal canto loro, invece, gli esponenti della *leadership* al potere descrivono la democrazia rivoluzionaria come una forma di governo al contempo partecipativa e rappresentativa, che si fonda sulla commistione di pratiche *top-down* e *bottom-up*.

Le riflessioni che presenterò in questo articolo sono emerse da una ricerca svolta tra il 2010 e il 2012 nello Stato regionale del Tigray, nel nord-ovest dell'Etiopia⁵. A partire da una disamina delle strategie di educazione e promozione sanitaria, rivolte alle popolazioni rurali, intendo proporre una riflessione sui processi di costruzione di soggettività e corporeità “moderne” in atto nel distretto amministrativo (*woreda*) di Kilte Awla-leo, un'area che nei documenti ufficiali viene definita come un “model-

lo” nell’attuazione dei programmi governativi di sviluppo. Prestare attenzione alle politiche sanitarie permette di entrare nel vivo delle pratiche concrete attraverso cui il governo persegue il proprio progetto di “modernizzazione” del paese attraverso la “mobilitazione” della popolazione contadina. Per dare conto della complessità dell’oggetto d’indagine, si è reso necessario oltrepassare visioni tese a fornirne una lettura dei processi politici in atto in termini dicotomici di “coercizione” o “consenso”, “imposizione dall’alto” o “partecipazione dal basso”, corrispondenti spesso ad atteggiamenti di condanna o di esaltazione dell’operato del governo. Più utile, a fini analitici, è risultato osservare i modi in cui “lo Stato [...] si diluisce, controllandola, nell’esperienza sociale dei suoi cittadini” (Palumbo 2010: 67), in un contesto in cui l’appartenenza al TPLF pervade capillarmente le relazioni sociali. Un processo di “egemonizzazione” che vede proprio nell’intreccio di coercizione e consenso spontaneo, nella sua dimensione più intima e sentimentale, la forma peculiare attraverso cui lo Stato è incorporato nell’esperienza quotidiana dei suoi cittadini (Pizza & Johannesen 2009).

In una prima parte, l’articolo ripercorre a grandi linee la storia recente dell’evoluzione delle politiche sanitarie nelle aree rurali attuate dal TPLF, per sottolineare la forte continuità tra le pratiche odierne di *governance* e sviluppo rurale e l’esperienza della guerra di liberazione. Successivamente, l’analisi dello *Health Extension Programme* e del *Women Development Army*, i principali programmi sanitari rivolti alla popolazione contadina, permetterà di mostrare come tale progetto venga oggi perseguito in rapporto con il panorama neolibrale globale e con le istanze dell’apparato internazionale dello sviluppo. Da un lato, la descrizione degli interventi di prevenzione e promozione della salute mostrerà come la costruzione di cittadini “moderni” passi attraverso il tentativo di razionalizzare spazi, abitudini e comportamenti, fin nei piani più intimi, quotidiani e “molecolari”⁶ della vita individuale, familiare e collettiva. Dall’altro, sarà analizzato il ruolo delle “avanguardie” o “modelli” della lotta alla povertà, per mostrare la capacità dello Stato-partito tigrino di mobilitare soggetti e reti sociali, suscitando sentimenti incorporati di appartenenza e adesione, e di generare, al contempo, pratiche di manipolazione, appropriazione e critica dei “discorsi” istituzionali.

Mobilitazione popolare e politiche sanitarie

L’esperienza rivoluzionaria è tuttora centrale nell’azione di amministrazione dei territori rurali da parte del TPLF: nei distretti del Tigray esiste un legame profondo tra quelle che erano le modalità di gestione delle aree “liberate” dal fronte e le odierne strategie di mobilitazione della popola-

zione contadina. Nelle occasioni pubbliche come nelle situazioni più “intime” (Herzfeld 2003), il “discorso dello sviluppo” è espresso in termini di “lotta alla povertà” e concettualizzato come la prosecuzione della lotta contro il *Derg*. Una continuità giustificata a livello ideologico proprio dal successo delle strategie attuate durante la guerra, sulla base delle quali si intende comprovare – e al contempo legittimare – la validità delle odierni tecniche di governo (Fantini 2009; Segers et al. 2009).

Nei circa sedici anni di guerra civile, la resistenza si è annidata tra le montagne a nord del Tigray: la partecipazione in massa dei contadini è stata determinante nel garantire la disfatta dell'esercito regolare⁷. Parallelamente alla lotta armata, il fronte ha sviluppato un complesso apparato di tecniche di mobilitazione popolare, incentrate sulla fusione di strategie di lotta di ispirazione maoista con istituzioni e pratiche politiche tradizionali, nonché sulla strettissima collaborazione tra i quadri del fronte e i rappresentanti della popolazione. Nei territori che gradualmente riusciva a sottrarre al controllo del *Derg*, il TPLF istituiva infatti un vero e proprio governo parallelo, fondato sull'organizzazione di sistemi di autogestione locale (*Baito*) amministrati da rappresentanti eletti in forma diretta dalle comunità. Al contempo, i quadri si impegnavano a rifornire gli abitanti di opere infrastrutturali e servizi sociali ed economici, coinvolgendoli attivamente nella loro realizzazione e riuscendo in tal modo a garantirsi il loro appoggio (Young 1997).

Fin dal principio, il TPLF ha mostrato un forte impegno in campo sanitario, sviluppando un sistema alternativo a quello disposto dal governo di Menghistu. Già nel 1980, il fronte occupava quasi i tre quarti delle zone rurali del Tigray: collaborando con i rappresentanti dei *Baito*, i suoi quadri mobilitavano la popolazione affinché partecipasse attivamente alla fornitura di servizi di base, attraverso la costruzione comunitaria di ambulatori e la raccolta collettiva di fondi (*revolving funds*) volti all'acquisto di medicinali e strumenti. Inoltre, il TPLF cominciò a formare personale sanitario, reclutando volontari da impiegare senza compenso, un terzo dei quali erano donne. Nell'ultima fase della guerra (1986-1991), il dipartimento di salute del fronte si impegnò a dotare il territorio di regolamenti e programmi rivolti in particolare alla promozione della *Primary Health Care* attraverso strategie di prevenzione e educazione sanitaria (Barnabas, Zwi 1997).

La priorità data dal fronte alla sanità di base era legata ad un insieme di fattori, di ordine locale e globale. Tra di essi bisogna annoverare l'influenza esercitata in quegli anni dalla dichiarazione di Alma Ata, adottata ufficialmente in Etiopia dal regime del *Derg* nel 1978, all'interno di un più generale processo di decentramento delle risorse biomediche già intrapreso da Haile Selassie, i cui risultati erano stati però largamente insuffi-

cienti⁸ (Kloos 1998). Inoltre, le “aree liberate” controllate dal TPLF erano situate tutte in ambito rurale, mentre le strutture specialistiche (cliniche, ospedali) create dai regimi precedenti si concentravano per lo più nei centri urbani. Gli ambulatori erano di piccole dimensioni ed equipaggiati in maniera essenziale: dovevano essere facilmente trasferibili per evitare di essere bersaglio dell’esercito del *Derg* e venivano costruiti in grotte o nascosti tra le montagne e gli alberi lungo i letti dei fiumi per sfuggire ai *raids* aerei (Barnabas & Zwi 1997: 42; Hammond 1989: 55).

Coerentemente con l’esperienza acquisita nel corso della guerra di liberazione e con le direttive transnazionali in materia sanitaria, dal 1994 il Ministero della Salute del neo-costituito governo federale si è posto come principale obiettivo la decentralizzazione del sistema sanitario, sviluppando lo *Health Sector Development Program* (HSDP). La strategia si concentra sul miglioramento del settore sanitario riconfermando l’importanza della *Primary Health Care* come suo principale strumento. Oggi, un massiccio impiego di fondi e di forze è diretto al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute⁹: i risultati ottenuti in tale direzione contribuiscono a rendere l’Etiopia, agli occhi delle organizzazioni e dei *donors* internazionali, un “modello” degno di lode.

Attraverso lo *Health Extension Programme* (HEP) – il principale programma sanitario rivolto alle aree rurali – sono stati raggiunti importanti successi numerici, tra i quali spiccano la costruzione di 14.416 ambulatori (Health Posts) e la formazione di 33.819 operatrici sanitarie di base (Health Extension Workers, d’ora in poi HEW) in tutto il paese¹⁰ (Federal Ministry of Health 2011: 15).

Il fine dello HEP è quello di implementare in ogni singola unità abitativa sedici *packages* (o blocchi di azioni) catalogati entro quattro principali “componenti”: “Hygiene and Environmental Sanitation; Family Health Services; Disease Prevention and Control; Health Education and Communication”¹¹. Tali interventi si concentrano sulla gestione dei corpi e degli ambienti domestici e riguardano la razionalizzazione di moltissimi aspetti della vita quotidiana, intima e familiare. Cito ad esempio la regolazione dell’attività sessuale e procreativa attraverso l’educazione delle donne all’utilizzo degli anticoncezionali e il cambiamento attitudinale della coppia rispetto al numero di figli desiderati (*family planning*). Vi sono poi le azioni di prevenzione e controllo delle malattie endemiche e trasmissibili, come l’HIV (con l’obiettivo di convincere tutti gli abitanti a sottoporsi ai test e di includere gli individui sieropositivi nel programma governativo di trattamento antiretrovirale gratuito) e la malaria (attraverso la distribuzione di zanzariere le cui modalità di utilizzo e il cui stato di conservazione vengono controllati nel corso del tempo). Ampio spazio è dato alla salute materno-infantile, attraverso la medicalizzazione

della gravidanza e del parto, le campagne di vaccinazione, i *training* sulla nutrizione (nel corso dei quali le madri vengono istruite sulle “corrette” posizioni in cui allattare, sui tempi e le fasi dello svezzamento, sulla quantità e la composizione dei cibi da assumere) e gli interventi contro la malnutrizione¹². Sono impartite, infine, disposizioni riguardanti l’igiene personale (come l’obbligo di costruire una latrina in ogni abitazione e di dotarsi di sistemi rudimentali per il lavaggio di mani e corpo, effettuando un foro in una tanica di plastica piena d’acqua e inserendovi il fusto cavo di una penna biro al fine di creare una sorta di “rubinetto”); la pulizia e l’organizzazione delle abitazioni (in particolare la struttura della cucina e la separazione degli ambienti in cui vivono gli uomini da quelli destinati agli animali, abituati precedentemente a convivere di notte nella stessa stanza); la realizzazione in fango di pollai e di scaffali su cui disporre gli utensili domestici; l’acquisto di strumenti da cucina a ridotto consumo di combustibile.

Da parte dei suoi ideatori, lo *Health Extension Programme* viene definito come uno strumento di *empowerment* femminile. Nell’ambito della promozione della salute, la donna è investita di un ruolo-chiave: a lei è attribuita la responsabilità della gestione della salute della casa, dal concepimento fino alla cura dei figli e del marito, passando per la gravidanza, il parto, la nutrizione della famiglia. Destinatarie principali del programma, le donne ne diventerebbero automaticamente le principali promotrici: incorporandone le pratiche e i valori, la donna non solo modificherebbe le proprie attitudini comportamentali, ma si proporrebbe in maniera consequenziale come un esempio e un modello per i membri della propria famiglia e per le altre donne della comunità, permettendo così il cambiamento su larga scala.

Come mi spiegava G. B., ex-combattente e membro della *leadership* del TPLF, che durante il suo mandato a capo del Tigray Health Bureau è stato un convinto promotore dell’HEP:

Lo stile di vita sano di una famiglia inizia dalla madre. È lei che dà da mangiare ai bambini, al marito, ai fratelli e alle sorelle: tutti loro dipendono dalla sua igiene, dal modo in cui li nutre, dal modo in cui se ne prende cura. È lei il pilastro. [...] È una filosofia di empowerment femminile, perché è connessa all’enlightenment, all’istruzione. [...] Più istruita, più illuminata [la donna] diventa, più idee scientifiche apprende, più diventa potente. [...] Stiamo provando a cambiare la società... e anche le relazioni, a livello domestico. Non stiamo solo facendo sanità, stiamo cambiando le relazioni sociali, i poteri decisionali, le relazioni di potere. Il potere della donna viene elevato. [...] La sanità non è solo un problema biologico, è più un problema sociale. È una scienza sociale. Perché, se lo status delle donne non fosse inferiore a quello degli uomini, noi non saremmo così poco sani come siamo. Se il paese intero non fosse così povero, economicamente povero, come è ora, non saremmo così poco

sani. Molte persone muoiono di malattia perché sono povere. Quindi, se vuoi cambiare i processi decisionali, le relazioni, devi fare empowerment, enlightenment, devi educare la gente, e il nostro ruolo è quello di educatori, di promotori, e il migliore educatore per una donna è una donna, non un uomo (G. B., 22/10/2011).

La strategia si pone dunque l’obiettivo di intervenire profondamente sulle relazioni sociali, sui processi decisionali e sui rapporti di potere intrafamiliari e comunitari, partendo dalle singole unità domestiche per poi ampliarsi alle *kebele*, alle *woreda*, alle regioni e all’intera nazione.

Proprio al fine di facilitare la penetrazione capillare del programma, il governo ha deciso di impiegare due Health Extension Workers in ogni *kebele* rurale del paese. Rigorosamente donne, costoro ricevono un regolare stipendio e sono impiegate nelle stesse aree in cui sono cresciute: la prossimità culturale e l’identità di genere sono considerate elementi indispensabili a facilitare la penetrazione del programma. La salute non è dunque considerata unicamente un fine, ma anche un mezzo: attraverso l’educazione, l’informazione e l’assunzione di comportamenti “corretti” e “sani” – ovvero aderenti al paradigma biomedico – la donna deve rendersi in grado di sollevarsi dalla condizione di arretratezza, coinvolgendo i membri della propria famiglia nel complessivo percorso di affermazione del benessere e del progresso.

Anche in questo caso, la lotta alla povertà odierna si riaggancia strettamente con l’esperienza rivoluzionaria e il discorso globale dello sviluppo si interseca con le strategie che hanno portato il fronte alla vittoria. A differenza di altri movimenti armati dell’epoca, il TPLF ha visto infatti un ampio coinvolgimento delle donne nella guerra di liberazione. Le donne erano presenti nelle linee del fronte armato in qualità di combattenti, dove rivestivano un ruolo praticamente paritario rispetto a quello degli uomini, oppure facevano parte dei *Baito*, delle associazioni di massa e degli organi amministrativi dei territori occupati (Young 1997; Hammond 1989). La loro partecipazione è stata crescente; inizialmente guardate con sfiducia dalle abitanti dei villaggi rurali (fino ad allora escluse dalla vita politica pubblica), venivano mobilitate dalle donne-quadro del fronte, le quali si recavano casa per casa, partecipavano alle riunioni tradizionali (come le feste religiose o le ceremonie del caffè) e le aiutavano nella gestione dei bambini e dei lavori domestici al fine di ottenerne la fiducia¹³. Condividendo la vita quotidiana, le mettevano al corrente degli obiettivi e del programma del TPLF, dando rilievo agli aspetti relativi alla promozione della parità di genere. L’informazione sanitaria era considerata uno strumento fondamentale per l’emancipazione femminile: l’educazione sessuale, il controllo delle gravidanze, la conoscenza del corpo erano ritenuti saperi “scientifici” necessari all’eradicazione delle “superstizioni” e “credenze”

proprie della società feudale e funzionali alle gerarchie di potere vigenti sotto l’Impero. Allo stesso tempo, attraverso la “modernizzazione” delle tecniche rudimentali con le quali le donne conducevano i lavori domestici (concernenti le modalità di approvvigionamento dell’acqua, gli attrezzi per macinare il grano, gli strumenti per cucinare, ecc.), costoro avrebbero potuto ricavare tempo da dedicare all’istruzione e alla partecipazione politica. La combinazione di questi fattori le avrebbe condotte, così, alla liberazione dalla «duplice oppressione di classe e di genere» (Hammond 1989).

Oggi nella quasi totalità delle *kebele* rurali del Tigray sono presenti un *health post* e due HEW, che ripartiscono le proprie giornate tra le attività ambulatoriali e quelle itineranti, porta a porta, volte ad educare gli abitanti e a monitorarne i comportamenti. Data la molteplicità dei compiti loro assegnati e la vastità geografica e demografica delle *kebele*, l’implementazione degli interventi sanitari è resa possibile da un complesso sistema di *governance* locale, fondato su una struttura amministrativa gerarchica, che fa sì che ogni singola unità abitativa sia connessa al centro tramite una catena di rappresentanti eletti.

Allo scopo di accelerare la diffusione delle pratiche biomediche, con particolare riguardo alla salute materno-infantile, dalla fine del 2010 è stata varata una nuova strategia, il *Women Development Army*, in base alla quale la popolazione femminile di ogni *kebele* rurale viene suddivisa in gruppi di trenta donne, a loro volta ripartiti in sotto-gruppi di cinque o sei membri l’uno. Ogni donna è nominata a capo della propria unità domestica e ciascun gruppo elegge al proprio interno una leader, che ha il ruolo di coordinare le attività delle compagne, informarle dei programmi di volta in volta diffusi dall’amministrazione e convincerle a partecipare.

Le “armate” si dotano dei nomi di donne che si sono distinte come combattenti durante la resistenza, spesso celebrate come martiri. Un sistema classificatorio dal forte potere evocativo, teso a suscitare sentimenti di adesione e pratiche di partecipazione: oggi bisogna sacrificarsi per combattere la povertà, così come ieri ci si sacrificava per la libertà, l’autodeterminazione raggiunta in passato si rispecchia nell’odierna tensione verso l’autosufficienza.

Avanguardie e modelli

Le *leader* delle “armate dello sviluppo” devono saper leggere e scrivere, essere membri del partito e riferire alle Health Extension Workers e agli amministratori della *kebele* l’operato delle singole unità domestiche che sono chiamate a rappresentare. Le donne a capo dei gruppi di trenta sono dette in Tigrino *mehawer tehennah* (“rappresentanti della salute”) e indi-

cate, nel linguaggio della cooperazione internazionale allo sviluppo, con l'espressione *Community Health Workers*. Significativamente, *mehawer* può essere tradotto con il termine "arto" (usato indifferentemente per indicare braccia, gambe, mani e piedi), mentre *tehennah* indica al contempo i termini "salute" e "sanità": tali figure sono gli arti che agiscono sul territorio per conto delle HEW, e più in generale dell'organismo della sanità nel suo insieme. Sono le "membra" che, incorporando la "salute", hanno il compito di diffonderla nell'ambiente circostante attraverso le reti sociali, familiari e di vicinato in cui sono inserite.

Le *mehawer tehennah* sono il punto di riferimento principale delle HEW nei diversi *gott* (gruppi di case o "vicinati")¹⁴ di loro giurisdizione e nella quotidianità svolgono numerose attività, quali la diffusione di informazioni sanitarie, il *follow up* delle madri, dei loro bambini e delle condizioni degli ambienti domestici, la catalogazione e la raccolta dei dati quantitativi necessari a stilare i rapporti trimestrali richiesti dalla *kebele* e dalla *woreda*, le campagne di sensibilizzazione e la mobilitazione delle donne capo-famiglia per convincerle a partecipare a *training, meeting, vaccinations* e così via.

Le rappresentanti locali sono scelte generalmente tra quelle che nel linguaggio rivoluzionario sono definite "avanguardie" o – in termini consoni alla cooperazione internazionale – "modelli", un appellativo che spetta agli individui, alle famiglie e ai siti che dimostrano di mettere in atto nel modo più efficace gli interventi diffusi dal governo centrale o che viceversa creano iniziative di successo che vengono poi estese su larga scala. «Essere un modello significa essere auto-sufficiente» era una frase ricorrente nelle parole di molte delle persone incontrate nel corso della ricerca. Nella prospettiva divulgata dal partito, il fine ultimo dello sviluppo consisterebbe nella liberazione dalla povertà e dalla dipendenza: dello Stato dagli aiuti esteri e dai donatori internazionali; dei suoi cittadini dai sussidi economici e alimentari elargiti dal governo grazie a questi stessi aiuti. La creazione di cittadini-modello è considerata un traguardo indispensabile nel percorso evolutivo verso la "modernità" e l'emancipazione dalla condizione di "arretratezza" del paese. In base ai discorsi ufficiali, la dimostrazione pratica del miglioramento delle condizioni di vita di alcuni, suscitando nei loro vicini lo spirito di emulazione e di competizione, attiverebbe una catena virtuosa volta al cambiamento di massa.

Nella pratica, però, i "modelli" – siano essi individui, gruppi, o unità amministrative – diventano i destinatari privilegiati di un numero crescente di risorse mobilitate dalle istituzioni governative e internazionali. Per esempio, a Messanu i *per diem* elargiti dal governo e dalle Ong durante i *training* di educazione sanitaria costituivano una fonte di guadagno allentante per le donne della *kebele*, utile a sostenere le incombenze quotidiane

e domestiche. Tali iniziative tuttavia, più che costituire dei reali incentivi alla partecipazione individuale, finiscono per generare ineguaglianze e conflitti interpersonali. Erano infatti quasi sempre le stesse persone ad essere selezionate come destinatarie: si presumeva che, proprio in quanto modelli, fossero in grado più delle altre di accogliere positivamente le innovazioni e adottarle in tempi brevi, dando l'esempio al resto della comunità. Allo stesso tempo, la posizione di avanguardia del partito si intersecava con i legami familiari e amicali che connettevano le rappresentanti alla *leadership*, privilegiandole all'interno delle dinamiche di ripartizione delle risorse¹⁵.

Parallelamente, tra le strategie di mobilitazione, gli amministratori e i quadri dello sviluppo incontrati non disdegnavano l'utilizzo di altri strumenti, come l'esclusione di individui o intere famiglie dal *Productive Safety Net Programme* (PSNP)¹⁶. Gli aiuti alimentari distribuiti attraverso tale programma costituivano la principale fonte di sopravvivenza per la maggior parte degli abitanti del distretto in cui ho fatto ricerca, che potevano venirne privati qualora i loro membri si rifiutassero di adottare gli interventi di sviluppo promossi dall'amministrazione:

T. è responsabile delle attività della salute [...] ci parla delle gabbie per le galline, dei rifiuti, della latrina, della cucina, della copertura metallica dei forni, dell'igiene del compound. Ci insegna tutte queste cose. [...] [Gli amministratori] sono tutti interrelati tra loro. Se non hai una latrina, ti sarà detto di costruirla. Dicono: "scava!". Anche uno che non costruisce una latrina può essere escluso [dal Safety Net]. [...] All'inizio, c'erano dei benefici: credo dessero dei soldi come ricompensa. [...] Glieli davano facendogli seguire un training (S., abitante di Messanu, 25/05/2011).

Nel concreto, la divisione amministrativa delle *kebele* in micro-unità fa sì che i rappresentanti a cui gli individui si rivolgono e da cui sono controllati siano spesso loro vicini o parenti: è nelle maglie di tali rapporti che si dispiegano le strategie di coinvolgimento reciproco e di mobilitazione. Nel flusso delle relazioni quotidiane e dei rapporti di forza locali, non è dunque possibile distinguere in maniera rigida tra l'impiego di metodi di “convincimento” e di “coercizione”. Non si tratta infatti di strumenti utilizzati in maniera alternativa, bensì di continui spostamenti sull'asse a seconda delle situazioni e dei contesti specifici dell'interazione: è nello spazio liminale tra i due poli, che prende forma il processo di “responsabilizzazione” dei soggetti, definito ufficialmente nei termini di educazione ed *empowerment*.

Nel corso della ricerca ho cercato di prestare attenzione al vissuto esperienziale delle avanguardie/modelli, concentrandomi sui processi di incorporazione dei “discorsi” egemonici. La maggior parte delle interviste raccolte su questo tema durante i mesi di campo da parte delle respon-

sabili a vari livelli ricordano quanto mi aveva spiegato N., una donna-modello della *kebele* di Mahbere Weini:

Non sono stata io a decidere. Le persone hanno deciso per me. Ho buone relazioni con la gente, quindi mi hanno scelta. Ma io non volevo neppure andare. Sono solita lamentarmi di questo [...] “Se le persone ti hanno affidato un incarico per servirle tu devi servirle”: mi facevano sempre pressione dicendomi queste cose. Pensano che possa lavorare meglio di loro, quindi pensano che possa lavorare per loro. Alzano le mani, poi contano le mani alzate. [...]Tutto l’insieme delle persone ti ha eletto per servirlo: come potresti rifiutarti di lavorare? È questo che mi fa arrabbiare. Mi chiedo perché non mi lasciano andare, dicendo “che Dio sia con te, hai prestato servizio per tutto questo tempo quindi ora puoi smettere di lavorare”... Avremmo bisogno di questo. Ma non si può dire di no quando le persone ti amano (01/05/2011).

In qualità di “modello”, N. era stata eletta, al contempo, *mawher tehennah* e responsabile locale del Women’s Affairs (la ramificazione del Ministry of Women’s, Children and Youth Affairs a livello di *kebele*). Aveva pertanto il compito di supervisionare l’applicazione, nel proprio villaggio, dei molteplici interventi di sviluppo impartiti dal governo in campo sanitario, ma anche agricolo (come l’utilizzo di fertilizzanti biochimici a ridosso della stagione delle piogge, la diversificazione delle colture), economico (ad esempio, attraverso i programmi di microcredito), sociale (riguardante il monitoraggio della violenza domestica, l’iscrizione annuale a scuola dei figli delle altre donne-membro).

Tutti i responsabili locali sono eletti in sede assembleare e svolgono il loro ruolo gratuitamente. Per una serie di fattori, tra i quali la fiducia da parte delle autorità in carica, la posizione rivestita all’interno della comunità e la capacità di leggere e scrivere (non molto diffusa tra le donne adulte in area rurale), capita frequentemente che una stessa persona sia nominata come referente di più ambiti dell’amministrazione. Una sovrapposizione di ruoli che se da un punto di vista istituzionale dovrebbe facilitare l’integrazione dei diversi settori dello sviluppo sul territorio, dalla prospettiva delle donne intervistate rende il compito ulteriormente gravoso.

Da parte delle rappresentanti locali intervistate, l’impegno relativo al ruolo di leader veniva rappresentato attraverso un discorso ambivalente. Da un lato, l’elezione da parte della comunità era considerata una dimostrazione di stima e di apprezzamento, una pratica che conferma, e al contempo conferisce, prestigio sociale. Dall’altro, il coinvolgimento quotidiano nelle dinamiche di partecipazione e mobilitazione collettiva era lamentato in quanto lavoro sfiancante e non remunerativo. Un dovere, una responsabilità verso la comunità, che esercitavano entro il più generale valore attribuito all’impegno e alla dedizione verso la causa dello sviluppo e della “lotta alla povertà”, anche nel ricordo di coloro che si erano sacri-

ficati per la rivoluzione (spesso padri, mariti o fratelli delle donne elette come avanguardie). Ma anche un peso, un onere di cui si sarebbero volute liberare, perché nuoceva alla già estremamente faticosa vita domestica:

Ho due bambini. Vanno ancora a scuola, e poi ho il bestiame. Devo lasciarlo chiuso in casa, perciò chi è che gli darà il fieno? Ad esempio, se vengo chiamata perché c'è un meeting devo uscire. Non sto a casa quando vado in giro ad amministrare la gente: la mia vita viene danneggiata, sta tornando ad essere arretrata (01/05/2011).

È così che, appropriandosi dei discorsi dominanti relativi alla “modernità” e all’“arretratezza”, N. ne inverte i segni, per denunciare come, paradossalmente, l’assunzione di un comportamento “modello”, promosso quale mezzo indispensabile allo “sviluppo”, al raggiungimento dell’“autosufficienza” e all’“empowerment”, abbia causato un peggioramento delle proprie condizioni di vita, allontanando la possibilità di raggiungere una condizione di “salute”, intesa nel suo più ampio senso di “benessere fisico, individuale e sociale”¹⁷.

Conclusioni

Nella storia del TPLF-EPRDF assistiamo a un’opera di appropriazione e di rielaborazione della narrativa illuminista ed evoluzionista che, secondo Massimo Tommasoli, caratterizza il discorso occidentale dello sviluppo, sin dal suo emergere dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale (2001: 21). Nei discorsi ufficiali prodotti dal partito, l’idea di sviluppo si sovrappone a quelle di “progresso” e “modernità” e, per converso, costruisce le idee di “tradizione” e “dipendenza”. L’obiettivo del benessere collettivo e individuale deve passare per il raggiungimento dell’“auto-sufficienza”, attraverso un processo di *empowerment* ed *enlighnement* individuale e collettivo che si traduce in una lotta di liberazione dalla povertà e dall’arretratezza sociale, economica e “culturale” della nazione, anche per mezzo dell’emancipazione dalle credenze “arretrate” e dell’abbandono delle pratiche e delle “tradizioni” *harmful*, retaggi di un passato feudale di oppressione, ignoranza e sottomissione.

Non si tratta di una retorica astratta, ma di un discorso ideologico che prende forma in specifiche strategie e piani. Gli aspetti pragmatici di questo modello vengono mutuati dalle esperienze dei paesi sviluppi-sti del sud-est asiatico e dal modello cinese, si radicano nell’esperienza rivoluzionaria e si ibridano con elementi propri delle democrazie liberali occidentali, nonché con la tradizione accentratrice e “modernizzatrice” dello Stato imperiale etiope¹⁸.

Nel corso di questo articolo ho voluto perseguire due obiettivi paralleli.

In primo luogo, ho cercato di mostrare come, nel quadro del progetto di governo complessivo, la medicalizzazione e l'igienizzazione dei corpi e degli ambienti, la trasformazione delle abitudini e dei comportamenti promossa da programmi sanitari come lo *Health Extension Programme* e, più recentemente, il *Women Development Army*, mostrino la capacità di penetrazione “molecolare” del progetto governamentale a guida statale, fin nell'intimità di corpi, relazioni e abitazioni. Indipendentemente da giudizi di valore relativi all'efficacia – o meno – degli interventi previsti in termini di miglioramento delle condizioni di salute, o dalle critiche sempre più frequentemente rivolte alla tendenza autoritaria e accentratrice dell'EPRDF, in questa sede era mio interesse riflettere sugli aspetti “produttivi” dell'apparato di *governance* messo in atto dallo Stato-partito e superare le analisi tese esclusivamente a denunciarne gli aspetti “repressivi”.

Si è rivelato inoltre necessario, da un lato, ripercorrere la storia locale della formazione delle strategie sanitarie nel corso della guerra civile, e, dall'altro, inserire l'analisi della realtà nazionale e locale nel quadro di quella che Ferguson e Gupta definiscono come una “governamentalità transnazionale” (2002: 989). L'opera di selezione e rielaborazione di elementi riconducibili a esperienze politiche altre e del loro adattamento ai contesti e alle esigenze storicamente contingenti, compiuta dall'élite rivoluzionaria, prosegue infatti oggi, da parte dell'EPRDF, attraverso l'appropriazione creativa dei discorsi e delle pratiche mutuati dall'apparato umanitario internazionale (Fantini 2009). È nella cornice di un continuo e dinamico processo di “*bricolage*” (Bach 2011) che è risultato possibile leggere le connessioni esistenti tra i processi di educazione ed *encadrement* delle “avanguardie” della lotta alla povertà e le forme di risignificazione locale dei concetti neoliberisti dominanti a livello transnazionale.

Si è detto come, in Tigray, il reclutamento di membri e la creazione di avanguardie, oltre che alla volontà di repressione del dissenso e di acquisizione di sostegno da parte del partito al potere, siano riconducibili al progetto di creazione di individui-modello che trainino il processo di trasformazione del paese. Tale discorso, derivato dalle pratiche di mobilitazione popolare di ispirazione maoista messe in atto dal fronte, appare ri-formularsi in maniera trasformativa in relazione alle direttive emanate dagli organismi transnazionali, che partecipano di un *trend* globale in cui si assiste alla crescente “de-statizzazione della *governance*” e alla progressiva riduzione delle funzioni pubbliche di *welfare*. Faccio riferimento, in particolare, a quella logica del “governare attraverso la libertà”, volta a creare soggetti autonomi, autosufficienti, in grado di autoregolarsi, che, come ricordano Shore e Wright (1997: 9), è alla base delle governamentalità moderne liberal-democratiche e la cui applicazione transnazionale è al

centro di un gran numero di riflessioni antropologiche sugli effetti della diffusione della filosofia della *self-reliance*, delle strategie di sviluppo partecipativo e dei programmi di *empowerment* delle comunità (Minicuci & Pavanello 2010: 30). In base a tali principi, il benessere deve essere raggiunto per mezzo del trasferimento delle responsabilità e delle competenze dallo Stato ai singoli individui e alle collettività, che per svilupparsi e rendersi autosufficienti devono acquisire consapevolezza e incorporare modelli di condotta “virtuosi”. Un processo che, secondo molte analisi critiche, non porta a un minore “governo” o ad una maggiore “libertà”, ma piuttosto indica una nuova modalità di governo, che opera creando meccanismi che lavorano autonomamente e “responsabilizzando” soggetti che vengono *empowered*, nel senso di resi in grado e abili di disciplinare se stessi (Ferguson & Gupta 2002: 989).

Nelle linee-guida redatte dal Ministero della Salute federale, la connessione con tali discorsi appare evidente:

The philosophy of HEP is that if the right knowledge and skill is transferred to households, they can take responsibility for producing and maintaining their own health (Federal Ministry of Health 2007: 6).

Anche in Tigray, pertanto, come in altri contesti, la “salute” finisce per essere identificata con la “buona condotta” e lo Stato, trasferendo la responsabilità della sua gestione e produzione direttamente alle famiglie e alle donne che ne sono a capo, riformula le proprie competenze e i propri ambiti di intervento.

In secondo luogo, ho cercato di restituire una rappresentazione etnografica che tenesse conto di quelle prospettive che intendono oltrepassare gli approcci essenzializzanti e reificanti tesi a considerare lo Stato come un’istituzione che si pone “al di sopra” della società civile, inglobando le altre istituzioni esistenti, le comunità e la famiglia (Ferguson & Gupta 2002; Sharma & Gupta 2006). Ragionare nei termini di un processo di “egemonizzazione” permette infatti, diversamente, di concentrarsi sui modi in cui lo Stato si costruisce quotidianamente attraverso un processo che lavora culturalmente e “sentimentalmente” in un dialogo intimo con i suoi cittadini e orienta concrete azioni umane (Pizza & Johannessen 2009: 17-18). Come mostrato attraverso il caso di N., nelle aree rurali del Tigray tale processo, embricandosi con le memorie individuali e collettive della guerra, con le aspettative riposte nel “progresso”, con i percorsi individuali volti alla ricerca del “benessere”, nonché con i sogni di vite possibili, riesce a suscitare adesione e appartenenza ai “discorsi egemonici”, ma permette, al contempo, la loro “ideologizzazione” (Comaroff & Comaroff 1991), manipolazione e critica.

Note

1. La morte improvvisa del Primo Ministro Meles Zenawi non sembra aver modificato le direttive generali. Il governo, passato sotto la guida di Hailemariam Desalegn, già vice primo-ministro, ha infatti dichiarato di voler proseguire il cammino intrapreso dal defunto leader.

2. Per Foucault, “il discorso è una serie di elementi che operano all’interno del meccanismo generale del potere. Per cui bisogna considerare il discorso come una serie di eventi, di eventi politici, mediante i quali viene veicolato ed orientato il potere” (2001: 44).

3. Lo stesso Meles Zenawi era tra gli esponenti del piccolo gruppo di studenti che costituì il nucleo originario del fronte armato e ha combattuto nelle sue fila prima di essere eletto ufficialmente Primo Ministro nel 1995.

4. Cfr., tra i vari, il report dell’Ong *Human Rights Watch* 2010, il numero speciale del *Journal of Eastern African Studies*, a cura di Hangmann e Abbink 2011b, gli articoli di Tronvoll 2011 e Lefort 2012a e 2012b.

5. I dati riportati in questa sede sono stati raccolti all’interno del percorso di Dottorato. La ricerca sul campo si è suddivisa in tre fasi: novembre 2010-gennaio 2011, marzo 2011-giugno 2011, ottobre 2011-febbraio 2012, per un totale di 12 mesi complessivi. Le osservazioni che seguono sono frutto di un’indagine etnografica, condotta attraverso la partecipazione ripetuta ad eventi pubblici come i *meeting* del partito, le ceremonie di valutazione e di conferimento delle qualifiche di “modello”, le strategie di mobilitazione collettiva “porta a porta”, nonché per mezzo di interviste in profondità e della condivisione quotidiana degli spazi “intimi” e domestici della vita familiare e sociale.

6. Riguardo all’uso dell’aggettivo “molecolare” in Gramsci e alla rilevanza del concetto per l’antropologia medica, si veda Pizza 2003.

7. Il radicamento nelle aree rurali del movimento di liberazione è alla base dell’odierna massiccia adesione dei contadini al partito. La maggior parte delle persone che ho incontrato erano iscritte al TPLF, sia per ragioni storico-biografiche (il coinvolgimento diretto o dei propri familiari nella resistenza, nella veste di partigiani o di sostenitori), sia a causa dell’attuale funzionamento della macchina amministrativa, che rende l’appartenenza al partito un presupposto indispensabile alla partecipazione politica.

8. Ciò deve essere connesso ad un più generale interesse manifestato dal fronte verso le esperienze politiche e di sviluppo di altri Stati, finalizzato all’appropriazione di pratiche e modelli considerati validi e alla loro trasposizione nei territori sotto il proprio controllo. Un atteggiamento che persiste oggi nella prassi di governo dell’EPRDF e che rende la democrazia rivoluzionaria «a flexible and adaptable discursive tool in evolving international liberal and National contexts» (Bach 2011: 643). Inoltre, è da segnalare la volontà del TPLF di proporsi come interlocutore privilegiato e legittimo di organizzazioni umanitarie e internazionali – in alternativa al regime del *Derg*, accusato di crimini efferati e violazioni dei diritti umani – anche al fine di captarne il sostegno in termini economici e di risorse.

9. Punti 4: ridurre la mortalità infantile; 5: migliorare la salute materna; 6: combattere l’HIV/Aids, la malaria ed altre malattie.

10. Le operatrici devono aver completato il *grade 10* della scuola superiore e vengono selezionate dai distretti di residenza. La formazione governativa sui temi sanitari ha la durata di un anno ed è seguita da frequenti *training* offerti, oltre che dal governo stesso, anche da Ong locali e internazionali.

11. <cnhde.ei.columbia.edu/training/> [10/10/2013].

12. Mi riferisco a un programma supportato dall’Unicef in base al quale, durante ogni campagna di vaccinazione, le HEW misurano la circonferenza del braccio dei bambini e

delle donne incinte e in fase di allattamento. A coloro i quali non corrispondono ai criteri minimi stabiliti, viene fornita una speciale farina arricchita. Si veda <www.unicef.org/nutrition/index_58362.html> [20/10/2013].

13. In generale, le abitanti dei villaggi sostenevano la rivoluzione in molteplici forme; ad esempio, raccoglievano soldi per il fronte attraverso la vendita dei propri prodotti agricoli, trasmettevano in segreto informazioni e messaggi, nutrivano, curavano e nascondevano i combattenti, e così via. Molte di loro avevano figli tra le file del fronte armato: nella retorica del TPLF, sono chiamate “le madri della rivoluzione”.

14. Più *gott* compongono un *kushet* (villaggio); più *kushet* costituiscono una *kebele*.

15. In ultima analisi, è l'amministrazione della *kebele* a gestire, in rapporto con la *woreda*, la distribuzione sul territorio delle risorse controllate dallo Stato, come la terra edificabile e coltivabile, di cui i contadini possono usufruire ma non essere in possesso, o i pacchetti di micro-credito rurale gestiti dalla Dedebit Microfinance, un'agenzia privata fortemente connessa al TPLF. A Kilte Awlaleo, inoltre, le amministrazioni locali fungono da tramite con le Ong, selezionando i luoghi in cui implementare gli interventi di sviluppo e i beneficiari da coinvolgere nella loro realizzazione.

16. Il PSNP è una strategia governativa gestita dal WFP e finanziata *in primis* dalla Banca Mondiale, da USAID e dalla Cooperazione internazionale britannica, il cui obiettivo è assicurare la sicurezza alimentare della popolazione. Il programma si svolge durante la stagione secca e prevede la realizzazione comunitaria di opere pubbliche, come bacini per la raccolta delle acque, terrazzamenti per arginare l'erosione del suolo, strade, e così via. In cambio della manodopera i beneficiari (individuati dai responsabili locali in base al livello di povertà delle unità familiari) ottengono denaro o più spesso sacchi di grano e olio in quantità corrispondenti al numero di giornate di lavoro svolto.

17. Il riferimento implicito è alla definizione di Salute elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in occasione della dichiarazione di Alma Ata 1978 (si veda, a tal proposito, Pizza 2005: 95). Tale concezione “olistica” della salute veniva frequentemente riproposta dai rappresentanti delle istituzioni sanitarie federali e regionali etiopi, sia nel corso dei *meeting* comunitari che delle interviste, ed era spesso citata per motivare la necessità di mobilitare gli abitanti dei villaggi rurali affinché adottassero non solo gli interventi di *primary health care*, ma anche tutti gli altri *community package* emanati dal governo e diretti allo sviluppo agricolo, economico, strutturale. In un simile quadro, la rielaborazione critica dei “discorsi” ufficiali e la denuncia delle contraddizioni delle sue ricadute pratiche, compiuta da N., appare a mio avviso ancor più incisiva.

18. La storia dell'introduzione della biomedicina in Etiopia è indicativa della peculiarità del processo di formazione di questo Stato moderno rispetto al resto del continente: se si eccettua la breve parentesi italiana, il paese è infatti sfuggito alla spartizione coloniale. Qui, l'introduzione della *zemenawi medhanit* (in Amharico, *zemenawi* significa “moderno” e *medhanit* “medicina”) è stata principalmente frutto della volontà dei regimi che si sono susseguiti a partire da Menelik II (1889-1913) – denominato il “padre della modernizzazione” –, nell'ambito di una rete di relazioni con le potenze estere, in particolare occidentali, la cui intensità e i cui scopi sono variati nel tempo (Pankhurst 1990; Schirripa 2011: 235-236; Wondwosen 2006: 129 e ss.). I significati attribuiti alla categoria di modernità, le funzioni assunte dalle pratiche biomediche e le dinamiche di costruzione del consenso ed esercizio del dominio si sono profondamente trasformati nel corso del tempo. Ciò che si osserva oggi è un complesso dinamico di rapporti di forza che coinvolgono una molteplicità di attori e istituzioni locali e internazionali e che si muovono all'interno di un “sistema medico” sincretico e profondamente plurale nel quale gli sforzi di imporre la biomedicina sono veicolati da continui processi di risignificazione, selezione e negoziazione (Schirripa 2010).

Bibliografia

- Bach, J. N. 2011. Abyotawi democracy: neither revolutionary nor democratic, a critical review of EPRDF's conception of revolutionary democracy in post-1991 Ethiopia. *Journal of Eastern African Studies*, 5, 4: 641-663.
- Barnabas, G. A. & A. Zwi 1997. Health policy development in wartime: establishing the Baito health system in Tigray, Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 12, 1: 38-49.
- Comaroff, J. & J. Comaroff 1991. *Of revelation and revolution: Christianity, Colonialism, and Consciousness in South Africa*. Chicago: the University of Chicago Press, Vol. 1.
- Fantini, E. 2009. *Good Governance e restaurazione autoritaria in Etiopia*. Tesi di Dottorato in Scienza Politica, Università degli Studi di Torino. <www.fasopo.org/reasopo/jr/th_fantini.pdf>, [11/06/2013].
- Fantini, E. 2013. Developmental state, economic transformation and social diversification in Ethiopia. *Ispi Studies*, 163: 1-7.
- Federal Ministry of Health, 2007. *Health Extension Programme in Ethiopia. Profile*. Addis Ababa: Health Extension and Education Center.
- Federal Ministry of Health, 2011. *Health Sector Development Programme IV, 2010/11 – 2014/14*. Addis Ababa: Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of Health.
- Ferguson, J. & A. Gupta 2002. Spatializing states: toward an ethnography of neoliberal governmentality. *American Ethnologist*, 29, 4: 981-1002.
- Foucault, M. 2001. *Biopolitica e liberalismo. Detti e scritti su potere ed etica, 1975-1984*. Milano: Medusa.
- Hammond, J. 1989. *Sweeter than honey: Ethiopian women and revolution: testimonies of Tigrayan women*. Oxford: Third World First.
- Hangmann, T. & J. Abbink 2011a. Twenty years of revolutionary democratic Ethiopia, 1991 to 2011. *Journal of Eastern African Studies*, 5, 4: 579-595.
- Hangmann, T. & J. Abbink (a cura di) 2011b. Ethiopia's revolutionary democracy, 1991-2011. *Journal of Eastern African Studies, Special Issue*, 5, 4.
- Herzfeld, M. 2003. *Cultural intimacy. Social poetics in the nation-state*. New York: Routledge.
- Human Rights Watch, 2010. *Development without freedom. How aid underwrites repression in Ethiopia*. New York: Human Rights Watch.
- Kloos, H. 1998. Primary Health Care in Ethiopia under three Political Systems: Community Participation in a War-Torn Society. *Social Science & Medicine*, 46, 4-5: 505-522.
- Lefort, R. 2012a. Free market economy, 'developmental state' and party-state hegemony in Ethiopia: the case of the 'model farmers'. *Journal of Modern African Studies*, 50, 4: 681-706.
- Lefort, R. 2012b. Ethiopia: Meles rules from beyond the grave, but for how long?. www.opendemocracy.net/opensecurity/rené-lefort/ethiopia-meles-rules-from-beyond-grave-but-for-how-long [10/02/2014].
- Ministry of Finance and Economic Development (MoFED), 2010. Growth and Transformation Plan (GTP) 2010/11 – 2014/15. Addis Ababa. www.vliruos.be/media/1829405/growth_and_transformation_plan.pdf [11/06/2013].

- Minicuci, M. & M. Pavanello 2010. Antropologia delle istituzioni. Introduzione. *Meridiana*, 68: 9-35.
- Palumbo, B. 2010. Classificare, agire, disciplinare: riflessioni critiche su alcune tendenze dell'antropologia politica contemporanea. *Illuminazioni. Rivista di Lingua, Letteratura e Comunicazione*, II: 36-110. <compu.unime.it/illuminazioni/indexII.htm>, [22/10/2013].
- Pankhurst, R. 1990. *An introduction to the medical history of Ethiopia*. Trenton: Red Sea Press.
- Pizza, G. 2003. Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 15-16: 33-51.
- Pizza, G. 2005. *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci.
- Pizza, G. & H. Johannesen 2009. Editorial. Two or three things about Embodiment and the State. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 27-28: 13-20.
- Schirripa, P. (a cura di) 2010. *Health system, sickness and social suffering in Mekelle (Tigray – Ethiopia)*. Berlino: Lit-Verlag.
- Schirripa, P. 2011. "I percorsi dei farmaci nel campo delle terapie di Mekelle", in *La promozione della salute e il valore del sangue. Antropologia medica e sanità pubblica*, a cura di Pavanello, M. & E. Vasconi, pp. 231-241. Roma: Bulzoni Editore.
- Segers, K. et al. 2009. Be like bees – the politics of mobilizing farmers for development in Tigray, Ethiopia. *African Affairs*, 108, 430: 91-109.
- Sharma, A. & A. Gupta 2006. "Introduction: Rethinking Theories of the State in an Age of Globalization", in *The anthropology of the State. A reader*, a cura di Sharma, A. & A. Gupta, pp. 1-41. Malden, Oxford, Victoria: Blackwell Publishing.
- Shore, C. & S. Wright 1997. "Policy: A new field of anthropology", in *Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power*, a cura di Shore C. & S. Wright, pp. 3-39. Oxon, New York: Routledge.
- Tommasoli, M. 2001. *Lo sviluppo partecipativo. Analisi sociale e logiche di pianificazione*. Roma: Carocci.
- Tronvoll, K. 2011. The Ethiopian 2010 Federal and Regional elections: re-establishing the one-party state. *African Affairs*, 110, 438: 121-136.
- Vaughan, S. 2011. Revolutionary democratic state-building: party, state and people in the EPRDF's Ethiopia. *Journal of Eastern African Studies*, 5, 4: 619-640.
- Wondwosen, T. B. 2006. *Medical pluralism in Ethiopia*. Aachen: Shaker Verlag.
- Young, J. 1997. *Peasant revolution in Ethiopia. The Tigray People's Revolution Front, 1975-1991*. Cambridge: Cambridge University Press.

Riassunto

Il governo federale etiope ha avviato un processo di decentralizzazione del sistema sanitario volto alla diffusione della primary health care e al conseguimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio relativi alla salute. La ricerca etnografica nel

distretto di Kilte Awlaleo, nello Stato regionale del Tigray, ha messo in luce come i programmi sanitari rivolti alle aree rurali si situino in stretta continuità con le strategie di mobilitazione della popolazione contadina sviluppate dal Tigray People's Liberation Front (TPLF) nel corso della guerra civile contro il Derg. In virtù di tale esperienza, il TPLF legittima le odierne strategie di "lotta alla povertà", che si fondono con i discorsi transnazionali sull'empowerment delle comunità e lo sviluppo partecipativo, dando luogo alla produzione creativa di tecniche governamentali. Prendendo le mosse da due programmi sanitari specifici – lo Health Extension Programme e il Women Development Army –, l'articolo si concentra sui processi di governance osservati nell'area oggetto d'indagine e sulle forme di incorporazione dello Stato da parte dei soggetti coinvolti negli interventi di sviluppo.

Parole chiave: Etiopia, Tigray, aree rurali, primary health care, sviluppo, governance.

Abstract

The Ethiopian Federal government is implementing a process of health care decentralization, with the aims of spreading the primary health care and achieving the health-related Millennium Development Goals. The ethnographic research conducted in the district of Kilte Awlaleo (Tigray Regional State) has shown the continuity between the health care programmes directed at the rural areas and the practices of mobilization of the peasant population developed by the Tigray People's Liberation Front (TPLF) during the civil war against the Derg. Under this experience, TPLF legitimates the current strategies to "fight poverty", that merge with transnational discourses on community empowerment and participatory development, engendering creative governmental techniques. Starting from two specific health care programmes – the Health Extension Programme and the Women Development Army –, the article focuses on the processes of governance observed in the area under investigation, and on the ways in which subjects involved in development interventions embody the State.

Key words: Etiopia, Tigray, rural areas, primary health care, development, governance.