



## Turismo medico?

Biopolitica e riconfigurazioni neoliberiste del sistema sanitario a Sfax (Tunisia)

**Théo Maurette e Sami Ben Fguira**

Traduttore: Fiorella Dallari

---



### Edizione digitale

URL: <https://journals.openedition.org/viatourism/8603>

ISSN: 2259-924X

### Questo articolo è una traduzione di:

Un tourisme médical ? - URL : <https://journals.openedition.org/viatourism/8560> [fr]

### Altre traduzioni:

A case of medical tourism? - URL : <https://journals.openedition.org/viatourism/8590> [en]

### Editore

Association Via@

Questo documento vi è offerto da Université Grenoble Alpes



### Notizia bibliografica digitale

Théo Maurette e Sami Ben Fguira, «Turismo medico?», *Via* [Online], 21 | 2022, online dal 22 août 2022, consultato il 26 septembre 2022. URL: <http://journals.openedition.org/viatourism/8603>

---

Questo documento è stato generato automaticamente il 26 septembre 2022.



Creative Commons - Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale - CC BY-NC-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

---

# Turismo medico?

Biopolitica e riconfigurazioni neoliberiste del sistema sanitario a Sfax (Tunisia)

Théo Maurette e Sami Ben Fguira

Traduzione : Fiorella Dallari

---

## NOTA DELL'EDITORE

Articolo peer reviewed

## Introduzione

- 1 Dagli anni '90, la Tunisia ha accolto sul proprio territorio molti pazienti stranieri. Quella che viene chiamata esportazione delle cure avviene in fitte reti di scambio con un'offerta medica diversificata e di qualità (Lautier, 2008). In gran parte concentrata nelle aree metropolitane, questa dinamica è soprattutto un prodotto urbano, sviluppato grazie all'infrastruttura sanitaria pubblica storicamente forte del Paese. Questa infrastruttura è distribuita su tutto il territorio, ma sono le aree urbane con una Facoltà di Medicina e un Centro Ospedaliero Universitario (CHU) che presentano la più alta concentrazione di servizi medici privati (Jarraya e Beltrando, 2013). I pazienti stranieri convergono così verso studi e cliniche tunisine, molto più che verso ospedali e dispensari. La maggioranza dei pazienti stranieri in Tunisia è regionale, in particolare libica. I pazienti dei paesi occidentali e dell'Africa occidentale rappresentano una quota marginale (Lautier, 2013).
- 2 Questo tipo di mobilità fa quindi, in prima lettura, parte del turismo medico. I pazienti, che vengono a cercare assistenza in un paese straniero e per un periodo temporaneo, fanno infatti parte di una dinamica definita "turistica" (Hopkins et al., 2010). Tuttavia, il quadro mediatico del turismo medico, che rende ampiamente visibili la circolazione Nord-Sud e la competitività dei Paesi del Sud, in particolare in termini di chirurgia estetica, oscura la realtà di questi scambi. La letteratura geografica che si è concentrata

sulla struttura spaziale del turismo medico mostra che i pazienti si spostano molto di più nelle aree transfrontaliere. Questo fatto, inoltre, mette in discussione il carattere "desiderabile" (Cazes, 2005) della mobilità medica, in quanto è molto più un vincolo che una scelta, per i pazienti che non hanno un facile accesso o un'infrastruttura sanitaria ad alta prestazione nel loro Paese: i libici sono molto presenti in Tunisia per la mancanza di strutture nazionale, mentre gli algerini meridionali sono più vicini alle cliniche di Sfax che alle cliniche di Algeri (Rouland e Jarraya, 2020). Tuttavia, questa letteratura si occupa relativamente poco dei due fenomeni. Innanzitutto, la natura urbana della mobilità medica è scarsamente documentata e, di conseguenza, anche l'offerta è poco studiata. Comunque, ci sembra che questa fornitura di cure, in gran parte privata nel caso della Tunisia, consenta di comprendere le strategie messe in atto dagli attori e la governance associata all'accoglienza dei pazienti stranieri. Questo sistema governa i corpi, ne governa le immobilità (Lapointe e Coulter, 2020) e mette in discussione la governamentalità in senso foucaultiano (Hardt e Negri, 2013). Le nostre osservazioni ci hanno condotto verso una lettura biopolitica della situazione. Intesa come potere sui viventi (Foucault, 2004), la biopolitica permette qui di contestualizzare sia le pratiche ordinarie sia il macro quadro che ne ha sostenuto lo sviluppo.

- 3 Il nostro studio si è concentrato sul settore medico privato in Tunisia e in particolare a Sfax, il secondo centro demografico ed economico del Paese. Tra il 2018 e il 2022 sono state somministrate interviste a investitori e direttori di studi privati e cliniche, sia a Tunisi che a Sfax. La nostra indagine si è rapidamente ampliata per includere tutti gli attori, formali e informali, che prendono parte a questa economia, basando quindi la nostra metodologia su interviste semi-strutturate che incorporano una componente biografica. Attraverso il percorso degli individui, abbiamo ricostruito il loro riavvicinamento, poi il loro investimento nel settore medico privato, prima di interrogarli sulla loro visione strategica e politica dell'ambiente, sulle loro relazioni e sul quadro economico e politico che circonda le loro pratiche. In questo contesto siamo stati particolarmente attenti al discorso usato per descrivere e giustificare le pratiche di ciascuno. Sono state condotte quaranta interviste a medici, venti ad attori paramedici e dieci a istituzioni pubbliche. Infine, si è ricorso all'osservazione quando si indaga sul settore informale, spesso di difficile accesso. Le interviste sono state condotte prima in francese e in arabo tunisino, separatamente, poi ulteriori interviste sono state condotte congiuntamente, mescolando l'uso delle due lingue. L'accesso alle persone intervistate è stato essenzialmente effettuato tramite l'approccio della palla di neve, mirato a categorie specifiche di strutture mediche. Sono stati quindi codificate le interviste e incrociato le variabili quantitative con i dati forniti dalle istituzioni, contattando i loro agenti quando abbiamo voluto confrontare i dati forniti in ordine di grandezza dal settore privato.
- 4 L'obiettivo di questo articolo è dimostrare la rilevanza dell'uso del quadro biopolitico nella definizione dei contorni del turismo medico.
- 5 In questo articolo, torniamo innanzitutto alla discussione teorica sul turismo medico, nonché ai potenziali contributi del concetto di biopolitica. La nostra argomentazione si sviluppa quindi in due fasi. Partiamo dall'osservazione empirica del fatto che le pratiche turistiche si stanno sviluppando parallelamente ai servizi medici. Pur non dipendenti dalle infrastrutture del turismo di massa, dimostriamo che queste pratiche fanno parte di una forma di produzione del desiderio per il territorio di Sfax nei confronti, in particolare, dei pazienti libici. Questa prima lettura, centrata sugli attori,

ci mostra come essi siano parte di una dinamica commerciale tra strutture mediche e non mediche dei servizi privati. Lo scopo della nostra seconda argomentazione è mettere in relazione queste osservazioni con il contesto più ampio della ristrutturazione neoliberista dello Stato tunisino dall'era di Ben Ali e dalla sua caduta nel 2011. La storia dell'infrastruttura sanitaria, la sua progettazione da parte dello Stato, fino alla sua privatizzazione, costituisce il cuore di questa analisi. Dimostriamo che il quadro biopolitico e l'evoluzione delle "tecnologie di governo" offrono una lettura transcalare del caso tunisino e permettono, infine, di salire in generale sulla sua rilevanza nel contesto del turismo medico.

## I. Turismo medico, nozione controversa per la realtà transnazionale della mobilità sanitaria

- 6 Come sottolineano molti autori, le questioni della salute e del turismo sono legate da molto tempo. Cure termali, terme e altri servizi di benessere segnano la storia del turismo (Corbin, 2010).
- 7 La questione del turismo medico compare per la prima volta nella letteratura economica per designare la mobilità globale legata all'utilizzo dei servizi sanitari in un Paese estero. La nozione si radica in un contesto di crescente commercio internazionale e di mercificazione dell'assistenza. Acclamato come vettore di crescita che stimola l'economia locale attraverso le sue esternalità, il turismo medico è soprattutto percepito e definito in termini di copertura mediatica (Ormond, 2019).

### A. Dal turismo medico agli spazi di cura transnazionali

- 8 Il turismo medico è percepito principalmente come un mercato globale in cui i paesi del sud attraggono principalmente pazienti del nord in cerca di cure meno costose. L'argomento turistico, oltre a offrire servizi a minor costo, assume il suo pieno significato nel periodo pre e post operatorio, che dovrebbe svolgersi nel Paese ospitante: questi periodi possono essere abbinati a servizi turistici più tradizionali (Hopkins *et al.*, 2010).
- 9 Tuttavia, uno dei fatti sollevati dagli studi che si sono occupati di questi scambi è che i pazienti cercano soprattutto la vicinanza geografica, ma soprattutto culturale. Poiché la medicina è molto standardizzata, i pazienti preferiscono essere curati da professionisti con i quali condividono un insieme di valori e di cui si fidano (Connell, 2013).
- 10 In questo contesto sono in aumento gli scambi tra paesi limitrofi con realtà economiche e sociali talvolta molto diseguali. Thailandia e Malesia accolgono sicuramente pazienti da tutte le destinazioni internazionali, ma la maggior parte dei loro pazienti proviene da paesi asiatici. Infatti, Laotiani e Birmani sono fortemente rappresentati in Thailandia (Bochaton e Lefebvre, 2018). Scenari simili si possono trovare tra il Sud Africa e i paesi limitrofi (Crush e Chikanda, 2015). Questi studi mostrano un'intensità molto maggiore degli scambi Sud-Sud rispetto agli scambi Nord-Sud.
- 11 Inoltre, questi squilibri socio-economici tra paesi limitrofi mettono in evidenza infrastrutture ritenute difettose, troppo lontane o con tempi di accesso troppo lunghi nei paesi meno dotati. Libia e Tunisia si inseriscono bene in questo scenario. Il primo,

guidato da Muammar Gheddafi, si è sviluppato grazie alla redistribuzione delle entrate petrolifere senza massicci investimenti in sanità e istruzione, a differenza della Tunisia (Abdelaziz, 2021). La mancanza di approvvigionamento spinge i libici a recarsi in Tunisia o in Egitto per cercare cure specialistiche (Lautier, 2013; Rouland e Jarraya, 2020). In Tunisia i libici rappresentano oltre l'80% dei pazienti stranieri (Lautier, 2008), dati che non sono stati aggiornati di recente, ma corrispondono alle dichiarazioni dei direttori incontrati.

- 12 La mobilità medica, che in queste situazioni è molto elevata, mostra una dipendenza virtuale delle popolazioni dal paese limitrofo, in proporzioni molto più elevate rispetto alle popolazioni lontane che sono giunte ad approfittare dei presunti vantaggi comparativi. I vincoli pesano molto di più nel processo decisionale dei pazienti rispetto alla libertà di scelta. Gli studi di geografia sanitaria che hanno descritto questi fenomeni si concludono con l'uso del termine "mobilità medica/terapeutica", che avverrebbe in "spazi di cura transnazionali" (Rouland, 2016; Whittaker, 2015), al fine di sostituire la nozione di "turismo medico" (Bochaton, 2015), considerato troppo ristretto

## **B. Da una letteratura incompleta sull'offerta e l'urbano, alla risposta biopolitica**

- 13 Tuttavia, come sottolinea Ormond (2018), la mobilità medica, oltre a svolgersi in aree transfrontaliere, converge principalmente verso i centri urbani. Questi centri dispongono di un'infrastruttura medica sufficientemente sviluppata per l'accoglienza regolare di pazienti stranieri, oltre ai pazienti locali. Dietro il quadro macro, c'è chi sollecita una descrizione più dettagliata delle pratiche osservate in questo contesto, una volta che i pazienti sono arrivati nelle strutture di accoglienza (Connell, 2016).
- 14 Alla diversità delle pratiche urbane, aggiungiamo a queste proposte la necessità di "spingere la porta" delle strutture sanitarie che accolgono questi pazienti stranieri. In effetti, la letteratura è principalmente interessata ai pazienti e così qui si è voluto invertire il prisma della lettura guardando al quadro costruito dagli attori dell'offerta.
- 15 È questo passaggio dalla domanda all'offerta che ci ha portato a proporre il quadro biopolitico. La biopolitica è il modo in cui, secondo Foucault, hanno avuto le strutture del potere per pensare razionalmente alla gestione degli esseri viventi nel corso della storia e per interrogarsi sulle modalità dell'esercizio del potere sui viventi. Da ciò deriva un lavoro sulle istituzioni che incarnano questa "governamentalità" degli uomini e dei loro corpi. Considerando che le strutture sanitarie sono una "tecnologia di governo" per gli uomini (Foucault, 2004), almeno per il loro necessario ricorso a questa infrastruttura, ci è sembrato opportuno collegare la questione biopolitica al dibattito sulla definizione di mobilità medica internazionale. Il nostro problema solleva questioni di mobilità degli individui tra territori, per ragioni di (geo)politica ed economica. Inoltre, la mobilità e l'immobilità dei corpi, così come il ruolo importante dell'ospedale nella struttura territoriale, sono tesi centrali nella produzione.

## II. Le risorse urbane di Sfax come substrato per il turismo medico

- 16 L'ecosistema medico privato, presente nelle aree urbane, si nutre delle risorse della città. Lo sviluppo di nuove pratiche in ragione di queste opportunità urbane, legate anche al contesto specifico di Sfax, costituisce il nostro primo argomento empirico a favore del turismo medico. Dimostriamo che queste pratiche sono tanto il prodotto del loro ambiente quanto di attori esterni. Il quadro estetico (o dimensione estetica) della medicina sfaxiana così come i costumi tunisini meno ortodossi riguardo ai precetti religiosi, contribuiscono a "far desiderare" questo territorio sostenuto dall'economia medica (Germal-Medalle, 2020). Le risorse della città, il quadro estetico e culturale di Sfax, collocano poi le pratiche mediche osservate in un quadro compatibile con il turismo.

### A. Attori e condizioni per l'emergere del mercato sanitario a Sfax

Infrastructures médicale et touristique en Tunisie : la singularité sfaxienne

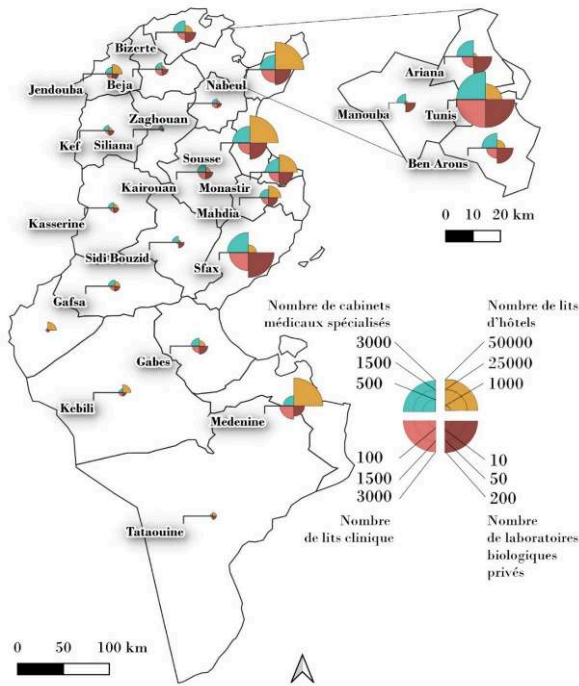
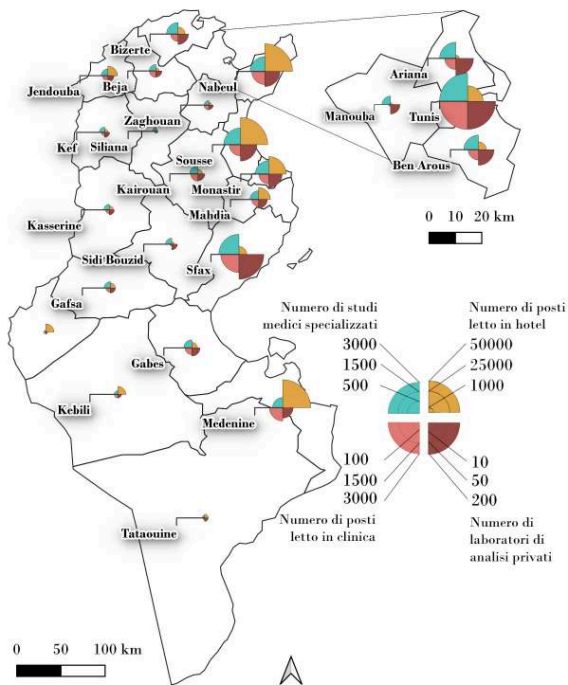


Figura 1 : Confronto tra le infrastrutture

mediche e turistiche

Infrastructures medice e turistiche in Tunisia : la peculiarità sfaxiana



Rapporto annuale sugli indicatori d'infrastrutture. INS, Tunisia, 2018

- 17 Tunisi e Sfax concentrano le infrastrutture mediche consentendo l'accoglienza di pazienti stranieri, davanti a Sousse-Monastir e Djerba. Tuttavia, quest'ultimo concentra in gran parte l'offerta alberghiera e turistica del paese. Sfax, invece, ha pochissime camere d'albergo, nonostante sia il secondo centro economico e demografico del Paese.

Alimentati principalmente dal turismo d'affari, i suoi hotel sono poco attivi rispetto ai complessi costruiti più a nord lungo la costa saheliana (Rapporto annuale sugli indicatori delle infrastrutture, INS, 2018).

- 18 C'è quindi uno scollamento tra il settore medico privato e il settore turistico. Questa situazione solleva la questione delle risorse urbane per lo sviluppo di tale attività e la registrazione dei pazienti stranieri in città.
- 19 All'inizio, i medici trovano a Sfax l'unica Facoltà di Medicina nel sud del paese insieme ai suoi 3 principali ospedali universitari. Concentrando gli studenti verso questo polo, Mounir Jarraya e Gérard Beltrando (2013) mostrano che i giovani medici, dopo gli studi, rimangono nelle aree urbane per esercitarsi, sia nel settore pubblico che nelle libere pratiche. Sfax ha anche una scuola per infermieri che offre capitale umano qualificato ed economico alla medicina privata. Le cliniche locali assorbono la maggior parte dei giovani laureati in attesa di assunzione all'interno delle strutture pubbliche.
- 20 Inoltre, la creazione di uno studio medico è un processo laborioso e rischioso per i medici con poca formazione manageriale, un passaggio cruciale della loro carriera anche se invero viene molto facilitato dalle risorse che Sfax offre ai giovani medici specialisti. La disponibilità di terreni è significativa e vengono offerti loro prodotti finanziari e immobiliari adattati alla loro installazione: i medici trovano in Sfax un quadro generalmente favorevole alle libere professioni.

Medico n.26 - "Una volta ottenuto il diploma, si presenta domanda al Consiglio dell'Ordine. Poi trovi un appartamento, preferibilmente ai piani inferiori. Devi controllare che la tua specialità non sia già nell'edificio. All'inizio è molto difficile, bisogna fare comunicazione, comprare attrezzature, trovare i primi pazienti. Dopo 3 anni avevo già una reputazione."

Banchiere n.2 - "Abbiamo concesso crediti FONATRA (ndr: fondo di garanzia pubblica) e crediti leasing per auto, attrezzature, ecc. Ho offerto loro un credito, un servizio personalizzato. Mi sono specializzato in medici, ho fatto almeno 300 medici nella mia carriera, solo pratiche."

- 21 Nel caso della creazione di una clinica, tutto il regime normativo urbanistico risulta favorevole. C'è da sottolineare che i progetti di costruzione di ambulatori, raggruppati in centri medici o cliniche, sono anche un mezzo per le famiglie della borghesia di Sfax per sviluppare e rendere redditizia terra o capitale immobiliare. Abbiamo osservato diversi progetti di questo tipo in cui le imprese erano percepite come un prodotto immobiliare, ma anche garanti della sostenibilità finanziaria del progetto. Oltre a garantire la vendita o l'affitto dell'immobile, le aziende hanno avuto la tendenza a rafforzare lo sviluppo di nuove attività intorno a loro. Crescendo di dimensioni, i centri medici stanno gradualmente diventando piattaforme complete di accoglienza dei pazienti. A causa dell'elevata redditività osservata nell'affitto di alloggi alla periferia di ambulatori e cliniche, alcuni gruppi di medici hanno iniziato a progettare centri medici più ambiziosi per contenere tutti i servizi che un paziente dovrebbe avere a disposizione durante la sua degenza.

Direttore generale di clinica n. 1 - "Su questa terra verrà costruito un centro medico. Intendiamo costruire una specie di casa di riposo. Per l'alloggio degli accompagnatori da un lato, e dei pazienti che necessitano di convalescenza. Troviamo più interessante mantenerli nel loro ambiente familiare. Per il momento mi sto prendendo il tempo per vedere cosa sta succedendo altrove al fine di definire chiaramente se voglio stanze o appartamenti completi, per esempio."

- 22 Ciononostante, la maggior parte dei pazienti libici richiede un regime di affitto che privilegia grandi spazi abitativi, in linea con le esigenze abitative della famiglia. In



questo contesto, l'economia alberghiera non può essere competitiva, in quanto un appartamento completo per 10 persone viene affittato allo stesso prezzo di una camera doppia in un hotel. I prezzi osservati con i proprietari variavano da 50DT a notte a 100DT a seconda delle dimensioni e del livello di "stare in piedi" degli appartamenti, a fronte di un prezzo equivalente in una camera d'albergo, che può ospitare solo una o due persone.

- 23 Questi servizi sono offerti da attori periferici o anche esterni all'ambiente medico, che assicurano il collegamento dei pazienti con tutti i servizi legati alla loro permanenza. Queste figure corrispondono in generale a due tipologie: i paramedici libici e i "samsara", i "matchmaker" tunisini.
- 24 I paramedici sono diventati dei veri e propri esperti nell'attraversare il confine e nell'evitare i checkpoint sul territorio libico (Sebei, 2017). Oltre alla capacità verso la mobilità medica, grazie alle loro reti di conoscenti si possono considerare come attori chiave nella mobilità dei pazienti libici a Sfax. La loro esperienza spazia dal consigliare un medico o una clinica al prendersi cura dell'acquisto di una carta SIM, trovare una sistemazione per il paziente e i suoi accompagnatori o garantire i loro rifornimenti. Questa esperienza si unisce alle capacità commerciali acquisite attraverso l'esperienza nell'organizzazione in simultanea di diversi pazienti e lavorando in stretta collaborazione con le cliniche.

Direttore finanziario di clinica n. 5 - "Il paramedico è colui che parla alla famiglia. È importante che sviluppi questa relazione perché è anche quello che stabilisce il legame con il medico e gli infermieri. A volte è l'unico contatto per la famiglia, che a volte porta con sé, ma in altro luogo. Sarà la persona che arriva a comperare i farmaci per il paziente o il credito telefonico!»

Note sul campo a seguito di una visita a una società di affitto di appartamenti a Sfax: "12 paramedici stanno lavorando con lui. Portano regolarmente i pazienti e le loro famiglie da lui. A casa sua sono a disposizione anche un pronto-soccorso in una stanzetta che ha allestito al piano terra del suo palazzo.»

- 25 La crisi del COVID ha anche rivelato l'importanza dei paramedici nel mantenimento dell'attività medica transnazionale. Custodi delle autorizzazioni che consentivano loro di varcare i confini, chiusi durante l'emergenza sanitaria, hanno anche assunto il ruolo di contrabbandieri, assicurando l'attraversamento di vari beni e servizi su entrambi i lati del confine, contestualmente al trasferimento dei malati.
- 26 I "samsara", o matchmakers in arabo tunisino, sono una seconda categoria di individui emersi per l'altissima concentrazione di imprese nel centro cittadino. I libici, abituati ad andarci fin dagli anni '90, sono diventati molto visibili in questi spazi, come dimostra il massiccio parcheggio dei loro veicoli lungo i viali e i parcheggi pubblici. La presenza di famiglie, a volte in difficoltà per prendersi cura di un loro familiare, ha attratto per più di dieci anni persone che le difficoltà economiche della dittatura e della rivoluzione tunisina hanno tenuto lontane dal mercato del lavoro.

Medico-investigatore n.18 - "Vedi, gli intermediari creano il bisogno. Non sulla cura, di cui i libici non hanno scelta. Ma di un intero pacchetto che andrà oltre la cura. Puoi dirgli che andrà a festeggiare, andrà a trovare le prostitute, ecc."

- 27 Questi attori si sono « istituzionalizzati » nei distretti medici e ora fanno parte del panorama sociale ed economico. A fronte di un compenso percentuale, come descritto nelle nostre interviste ai medici, indirizzano i pazienti - teoricamente liberi da tale scelta - a uno o più specialisti, cliniche o laboratori di analisi e attività, non potendo essere presenti all'interno della stessa struttura. Con tecniche di sconti e

manipolazione, alla fine rendono prigioniero il paziente offrendogli fin dall'inizio « tutto compreso » per assicurargli l'intera degenza medica. L'intermediario gli procurerà un alloggio, si occuperà del parcheggio, della spesa alimentare, di una SIM card, di caricare i suoi bagagli. Più recentemente, i samsara hanno rafforzato la loro offerta di fronte al crescente arrivo di intere famiglie che accompagnano pazienti libici. Vediamo poi la comparsa di questi “pacchetti” di servizi destinati agli accompagnatori, sempre più numerosi. Questi vanno dal fissare un appuntamento da un parrucchiere alla condivisione di informazioni sui luoghi in cui si consuma alcol o addirittura si prostituisce.

## B. Dietro l'informalità, una cornice etica ed estetica al servizio del desiderio degli abitanti di Sfax

- 28 Nell'ambito della crisi geopolitica di cui la Tunisia è vittima a causa dell'instabilità libica dal 2011, la crisi sanitaria del COVID tra il 2020 e il 2022, ha sensibilizzato tutti questi attori. Se i medici rifiutano la presenza dei paramedici e del samsara, qualificati come “intrusi”, ne riconoscono ormai l'utilità e il frequente ricorso ai servizi.
- 29 Per superare questo problema di informalità, negli ultimi anni sono comparsi attori che si offrono esplicitamente di organizzare soggiorni medici, attraverso un'intensa promozione digitale e internazionale (vedi Figura 2). Sebbene queste società siano anche gestite in modo informale da una o due persone al massimo, cercano di rassicurare un'ipotetica base di pazienti provenienti dai paesi del nord o dall'Africa subsahariana.

Figura 2 : Screenshot della home page di hamicalmedical.com



www.hamicalmedical.com

- 30 Riguardo a queste modalità, riteniamo che la natura urbana della mobilità medica favorisca l'emergere di pratiche turistiche. Il crescente slittamento dei medici verso un'infrastruttura medica ampliata, con l'aiuto di intermediari che cercano di massimizzare i guadagni resi possibili dalla presenza della popolazione di pazienti libici, mostra il processo di mercificazione dell'ambiente medico. Così i medici, quanto gli intermediari, mettono in essere questo desiderio turistico nei confronti del

territorio di Sfax, che va ben oltre i valori etici della loro medicina. Questo desiderio si concretizza anche in un quadro morale più flessibile con l'autorizzazione di pratiche (consumo di alcol e ricorso alla prostituzione) che in Libia sono ritenute devianti, pur fornendo un quadro culturale conservatore orientato alla religione. Infine, l'architettura e i toponimi legati alle infrastrutture mediche private fanno parte di una forma di rottura con l'estetica modernista tunisina. Quest'ultimo esalta le figure dell'indipendenza, mentre il settore privato fa appello piuttosto a riferimenti storici lontani, radicati nell'eredità cartaginese o aghlabid. Anche alcuni stabilimenti costruiti in stile sobrio negli anni '90 sono stati ristrutturati nel corso degli anni 2010 per corrispondere a questo nuovo standard estetico (vedi figura 3).

Figura 3 : (dalla sinistra in alto alla destra in basso) Complesso medico "Mahsouna" (nome femminile di bellezza) ; Policlinico "Chams International" (Il Sole) ; Policlinico e centro medico "Ibn Khaldoun" (Filosofo arabo tunisino medievale).



fotografie dell'autore

- 31 Il caso di Sfax mostra che l'esportazione di cure non si limita alla rigorosa pratica medica da parte dei caregiver. Dipende da un più ampio ecosistema sociale, economico e etico che coinvolge attori al di fuori della pratica medica. L'integrazione del mercato assistenziale nel mercato locativo e i servizi di comfort offerti dagli intermediari testimoniano un'adeguatezza alla domanda libica che trova in Sfax uno specifico e adeguato "desiderio" territoriale (Cazes, 2005).
- 32 Tutte queste attività sono agevolate dalle risorse urbane offerte da Sfax. È una metropoli emergente che ha importanti collegamenti aerei, stradali e marittimi (Bennasr, 2006). È anche una città che da tempo opera una narrativa di indipendenza rispetto alla centralità della Tunisia e rivendica il suo patrimonio commerciale e imprenditoriale. In questo contesto, Sfax può essere percepita come in prima linea nelle riconfigurazioni neoliberiste osservate dalla Tunisia a partire dagli anni '90,

particolarmente accelerate dalla rivoluzione del 2011, cioè dalla caduta del potere dittatoriale e dall'avvento di un regime democratico.

### III. Il sistema sanitario al centro delle riconfigurazioni neoliberiste dello Stato tunisino

- 33 L'indipendenza del paese nel 1956 guidata da Habib Bourguiba contro il protettorato francese avvenne in un contesto di alleanza della borghesia intellettuale urbana con le forze nazionaliste. Il presidente ha sfruttato il sostegno di queste frange liberali della popolazione per costruire la strategia di fondazione della repubblica tunisina. In un processo di urbanizzazione della popolazione e aumento del tenore di vita, la salute e l'istruzione sono stati i due pilastri della politica nei primi decenni del regime (Bessis, 2019). L'industrializzazione e il crescente fabbisogno di manodopera hanno spinto lo stato tunisino a disciplinare i corpi promuovendo una solida infrastruttura sanitaria ed educativa, prima di osservare gradualmente una transizione verso una struttura neoliberista.

#### A. Biopolitica disciplinare: la costruzione dello Stato tunisino indipendente

- 34 Questa lettura storica permette di comprendere come, in un primo momento, lo Stato tunisino abbia dotato il suo Paese di scuole e ospedali con un obiettivo biopolitico di disciplinare i corpi dei lavoratori, secondo gli imperativi della produzione (Domin, 2018). La governamentalità attraverso questo sistema è anche dotata di un'ampia riqualificazione delle aree urbane malsane attraverso politiche per la produzione di alloggi sociali (Ben Fguira, 2020).
- 35 Per continuare con un lessico foucaultiano, lo stato tunisino ha, in breve, acquisito una tecnologia di governo disciplinare (Foucault, 2004) per rispondere a questi problemi. Inoltre, l'espressione democratica era marginale in questa repubblica soggetta al suo leader, un separatista vittorioso, mentre la borghesia economica veniva messa in ginocchio ed rimaneva così in gran parte emarginata dalle autorità politiche fino al 2011 (Hibou, 2008).
- 36 L'ospedale tunisino è stato poi scomposto in una struttura gerarchica e distribuito su tutto il territorio. I dispensari costituiscono l'ultimo livello, mentre gli ospedali universitari sono concentrati nei pochi grandi centri urbani del Paese (Achour, 2011).
- 37 Seguendo lo stesso movimento, l'infrastruttura turistica tunisina si sta sviluppando sotto il diretto controllo dello Stato con la creazione di poli turistici urbani. Mirando al turismo di massa mediterraneo, lo Stato opera logiche simili, disciplinando gli organismi turistici attraverso circuiti e spazi ristretti, investendo Sousse, Monastir e Djerba (Miosec, 1996).
- 38 Anche la biopolitica disciplinare dello Stato tunisino produce forti disparità attraverso il suo disinvestimento all'interno. Alla fine del XX secolo, il territorio era dotato di infrastrutture in modo molto irregolare. Sfax, pur essendo ancora il 2° centro demografico ed economico del Paese, viene progressivamente emarginata da una potenza piuttosto tunisina e saheliana. Le sue infrastrutture sono sottodimensionate e lo stato non investe in settori in crescita come il turismo (Signoles, 1985) (vedi Figura

1). Lasciando grandi lacune nella biopolitica locale, lo stato centrale lascia infine Sfax nelle mani della sua borghesia, che gradualmente cattura la terra e le opportunità produttive a proprio vantaggio (Bennasr, 2003). Poco presente nel settore dell'industria pesante controllata dallo Stato, è però molto presente nell'agricoltura e sempre più nei servizi. Attraverso questi domini, la classe dominante produce e riproduce un discorso di merito, incentrato sul lavoro e sull'identità imprenditoriale della comunità di Sfax. Questo discorso, che fa presagire un controllo dei corpi dominato dall'ossessione del sacrificio di fronte al lavoro, è emerso in quasi tutte le nostre interviste, a prescindere dalla condizione sociale dell'intervistato.

- 39 Quando Ben Ali rovesciò Bourguiba nel 1987, dovette affrontare difficoltà strutturali e, sotto la pressione delle agenzie internazionali, iniziò un vasto progetto di ristrutturazione neoliberista dell'intero apparato statale. Pur privatizzando e deregolamentando massicciamente intere fasce dell'economia, questo ex agente dell'intelligence rafforza i meccanismi di controllo politico e biopolitico dello Stato (Hibou, 2006). Osserviamo qui una transizione di paradigma nella governamentalità dello Stato, che va da una strategia post-socialista a uno stato che garantisca buone condizioni di mercato, sotto il buon governo del suo apparato dittatoriale. Ci stiamo gradualmente spostando da una società disciplinare a una di controllo, secondo gli standard di mercato. Questi cambiamenti avvengono a maggior ragione in un contesto di sottomissione all'ordine del giorno del FMI e della Banca Mondiale. Gli imperativi della produzione sono quindi meno guidati dalla centralità dello Stato.

## B. Il passaggio al mercato e alla società del controllo

- 40 La medicina si colloca in questo contesto come catalizzatore di queste trasformazioni. Gli anni '90 sono stati segnati anche dall'ascesa della libera pratica medica in Tunisia. Scoprendo le possibilità offerte dall'insediamento in studi e cliniche, i medici, che sono già un corpo professionale molto potente nel Paese, ottengono l'accesso a una remunerazione molto più elevata rispetto al pubblico.
- 41 Inoltre, la mancanza di assistenza ai pazienti stranieri da parte delle infrastrutture pubbliche è un fatto biopolitico. I pazienti libici in definitiva rientrano solo in parte nella "logica dell'adeguatezza produttiva con i corpi" (Domin, 2018), ed è molto più logico che il settore privato si interessi ai loro bisogni, determinando lo sviluppo delle pratiche libere in concomitanza al loro arrivo a Sfax (Jarraya e Beltrando, 2013).
- Medico n. 21 - "giovani (ndr: medici), sono arroganti, se ne fregano della morale degli anziani. Il giuramento è sacro, normalmente è vietato il commercio di medicinali. Tuttavia mi sembra che non siano normale questi giganteschi segni che promuovono un medico!"
- 42 I gabinetti medici si sono sviluppati in modo massiccio a Sfax negli anni '90, supportati dalle risorse sopra descritte. I primi gruppi di azionisti (prima della finanza e poi del settore medico) hanno investito nelle prime cliniche a capitale tunisino. Liberandosi dalle attrezzature pubbliche, pur conservando un posto per la reputazione e la cattura di una base di pazienti scelta tra i pazienti ospedalieri, i medici stanno gradualmente producendo un'offerta a due livelli. Questa distinzione dei corpi curati si colloca nella logica della biopolitica del controllo da parte di una governamentalità che opera un riavvicinamento con l'era coloniale, con strutture cliniche riservate ai coloni, come la clinica Meignié di Sfax. Le categorie dominanti si allontanano dal settore pubblico, talvolta percepito come violento, lento o amministrativamente macchinoso. Questa

transizione avviene a scapito di una mercificazione della risorsa medica e degli imperativi della redditività. È in questo contesto che i libici hanno iniziato a ricevere cure massicce a Sfax, con un'infrastruttura calibrata sulle loro esigenze, senza saturare il settore pubblico tunisino.

- 43 Questa mercificazione finanziarizza anche l'economia medica e produce una diversificazione dell'offerta o dei portafogli legati alle strutture sanitarie. Questi sono supportati da una società immobiliare o da una holding familiare che investe maggiormente nel settore sanitario (laboratorio, farmacia), soprattutto perché gli investimenti in medicina non sono regolati dalla legge. Gli investitori non sono tenuti ad appartenere alla professione medica, mentre la tessera sanitaria, che regola l'ubicazione delle apparecchiature mediche pubbliche, non riguarda apparecchiature private. Anche le cliniche private si avvalgono di società di accreditamento, la cui legittimità giuridica è messa in discussione per alcune di esse.

Medico-Investitore n. 12 “Il problema è che questi accreditati paganti sono una truffa! Hanno solo un ufficio a Parigi, li chiami, li paghi e loro ti danno il diploma. No, abbiamo bisogno di esperti indipendenti, dello Stato! Abbiamo fatto questo processo qui, ma di tutte le cliniche che hanno presentato domanda, a Sfax solo 2 hanno ottenuto l'80% per avere il diploma!”

- 44 Lo stesso spazio urbano è anch'esso un debole regolatore poiché, a parte il valore dei terreni edificabili, poche norme disciplinano le modalità di allestimento e dimensionamento delle strutture sanitarie private. Non sono rare le pressioni sul comune per autorizzare il superamento dei coefficienti previsti dal Piano Urbanistico (equivalente al Piano Urbanistico Locale italiano).
- 45 Infine, la rivoluzione del 2011 ha completato il processo di transizione dallo stato disciplinare al controllo del mercato. La biopolitica si è estesa ai confini, spalancati dopo la caduta della dittatura. Ci sono molte aree in cui l'informalità sta esplodendo. La comunità imprenditoriale ha preso d'assalto le autorità politiche non appena i luoghi sono stati liberati (Kchouk, 2017). Gli attori ai margini del settore medico si sono rifugiati in queste nicchie di opportunità offerte dall'arrivo di pazienti stranieri, mentre interi settori economici riducevano senza lavoro migliaia di tunisini, spingendo la governamentalità al culmine attraverso "El Khobza (che significa pane in tunisino, un modo per eufemizzare la legittimazione delle pratiche economiche informali). (Meddeb, 2012).
- 46 L'inclusione della storia della medicina tunisina nel processo di privatizzazione, unita alle specificità territoriali di Sfax, ci consente di articolare le pratiche che abbiamo osservato sul campo con lo sviluppo di un quadro biopolitico. L'evoluzione della governamentalità spiega le condizioni del loro insediamento e la graduale accelerazione delle logiche di mercato in ambito medico a testimonianza delle profonde transizioni della società tunisina. La biopolitica mostra che l'informalità di pratiche non sviluppate dallo Stato in un quadro turistico che governa è comunque una forma di turismo. È attraverso la riconfigurazione neoliberista della governamentalità che si sviluppa questa offerta turistica.
- 47 Il rapporto paziente-caregiver si pone così al centro della logica in cui l'uno risponde ai bisogni dell'altro, all'interno di un quadro definito dalle condizioni di mercato, a loro volta dipendenti dalle più ampie riconfigurazioni sopra ricordate. Non siamo più in una risposta statale ai problemi di gestione degli enti produttivi, ma in una relazione tra medico-investigatore e paziente-cliente. È l'emergere di questo rapporto che porta a

riconsiderare lo spazio di cura transnazionale tra Libia e Tunisia come spazio turistico. Anche i termini “cliente” e “paziente” vengono spesso confusi durante le nostre interviste. Laddove alcuni attori parlano dell'uno o dell'altro solo per coerenza del discorso, altri creano confusione a seconda del contesto o della domanda posta dall'intervistatore.

## Conclusione

- 48 Lo sviluppo dell'economia di esportazione sanitaria in Tunisia si basa su infrastrutture private. Le cliniche e gli studi medici sono il cuore di questa attività che attrae una base di pazienti regionale, in particolare libici. Collocandosi in un contesto urbano e in un quadro politico neoliberista, questa economia ha gradualmente risposto a bisogni specifici dei suoi pazienti, al di fuori della sola pratica medica. Il ruolo del turismo medico in questo contesto sembra essere rilevante, mentre la letteratura che ha osservato queste mobilità mediche dimostra che il “turismo” è un quadro troppo ristretto per la loro comprensione. Tuttavia, abbiamo notato che questa critica si basa su una lettura alla scala degli spazi transnazionali e centrata sull'esperienza del paziente. Osservando le dinamiche dell'offerta in un contesto urbano, si propone una lettura che, in definitiva, favorisce l'emergere di una specifica forma di turismo medico a Sfax.
- 49 Le pratiche osservate e la pluralità degli attori mostrano che l'assistenza, un bisogno vincolato per i pazienti, fa parte di un processo economico e sociale di “desiderio” per il territorio di Sfax. Questo territorio offre un quadro etico e servizi specificamente ricercati dai pazienti e dai loro accompagnatori. Inoltre, la privatizzazione dell'offerta spinge gli attori a logiche di redditività e normalizzazione di un mercato paziente-caregiver. Questa privatizzazione avviene in un contesto di transizione neoliberista nella struttura dello Stato tunisino. La lettura della biopolitica offre un quadro teorico per comprendere sia la specificità della governamentalità dei corpi in economia medica sia il quadro macro che supporta l'emergere di un tale mercato.
- 50 Il sistema sanitario è quindi testimone delle riconfigurazioni della biopolitica dello Stato e della società tunisina. In definitiva, le figure del paziente-cliente e del medico-investitore mostrano che il quadro materiale descritto dalla geografia della salute è proprio quello di un vincolo, ma l'inserimento in logiche di mercato qualifica la posizione di questi attori all'interno della produzione di standard e infine della progettazione di una forma di turismo medico.

---

## BIBLIOGRAFIA

Ben Abdelaziz, A. (2021), «Quarante ans des Soins de Santé de Base en Tunisie: De la «Santé pour Tous» à la «Couverture-Santé Universelle», LA TUNISIE MEDICALE, n°99, pp. 12-28.

- Achour, N. (2011), *Le système de santé tunisien : état des lieux et défis*, Ministère de la santé Tunisie, Tunisie, pp. 1-24.
- Bennasr, A. (2006), «Sfax : de la ville régionale au projet métropolitain». Habilitation à diriger des recherches. Faculté des sciences humaines et sociales. Available at: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00593325>.
- Ben Fguira, S. (2020), «Les modes d'habiter dans le Grand Sfax». Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université de Sfax.
- Bennasr, A. (2003), «L'étalement urbain de Sfax», *Revue Tunisienne de Géographie*, n°36, pp. 49-87.
- Bessis, S., (2019), «Histoire de la Tunisie: De Carthage à nos jours», Tallandier.
- Bochaton, A. (2015), "Cross-border mobility and social networks: Laotians seeking medical treatment along the Thai border", *Social Science & Medicine*, n°124, pp. 364-373. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.022>.
- Bochaton, A. and Lefebvre, B. (2008), "The rebirth of the hospital: Heterotopia and medical tourism in Asia", *Asia on tour*, pp. 113-124.
- Campbell, T. and Sitze, A. (2013), "Biopolitics: a reader", Duke University Press (A John Hope Franklin Center book), Durham London.
- Cazes, G. (2005), «Le désir, dimension trop occultée dans la recherche géographique», *Géographie et cultures*, n°53, pp. 123-130. Available at: <https://doi.org/10.4000/gc.11782>.
- Connell, J. (2013), "Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification", *Tourism Management*, n°34, pp. 1-13. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2012.05.009>.
- Connell, J. (2016), "Reducing the scale? From global images to border crossings in medical tourism", *Global Networks*, n°16(4), pp. 531-550. Available at: <https://doi.org/10.1111/glob.12136>.
- Corbin, A. (2010), «Le territoire du vide: l'Occident et le désir du rivage (1750-1840)», Flammarion, Paris.
- Crush, J. and Chikanda, A. (2015), «South-South medical tourism and the quest for health in Southern Africa», *Social Science & Medicine*, n°124, pp. 313-320. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.025>.
- Domin, J. P. (2018) «Entre bio-pouvoir et gouvernementalité, l'émergence d'un consommateur de soins chez Michel Foucault ?», in Roux D., and Gicquel Y. (dir), *Michel Foucault et la consommation: gouverner et séduire*, Éditions EMS, management & société (Versus), Caen.
- Foucault, M. (2004), «Naissance de la biopolitique», cours au Collège de France (1978-1979). Edited by F. Ewald, A. Fontana, and M. Senellart, EHESS, Gallimard, Seuil (Hautes études), Paris.
- Gerbal-Medalle, F. (2020), «La mise en désir des territoires par l'œnotourisme». Theses, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II. Available at: <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02562582>.
- Hardt, M. and Negri, A. (2013), "Biopolitical production", in Campbell T. C and Sitze, A. (dir), *Biopolitics: a reader*, Duke University Press (A John Hope Franklin Center book), Durham London.
- Hibou, B. (2006), «La force de l'obéissance», *La Découverte*. Available at: <https://doi.org/10.3917/dec.hibou.2006.01>.



- Hibou, B. (2008), « Nous ne prendrons jamais le maquis : Entrepreneurs et politique en Tunisie », *Politix*, n° 84(4), pp. 115-141. Available at: <https://doi.org/10.3917/pox.084.0115>.
- Hopkins, L. et al. 2010, "Medical tourism today: What is the state of existing knowledge?", *Journal of Public Health Policy*, n°31(2), pp. 185-198. Available at: <https://doi.org/10.1057/jphp.2010.10>.
- Jarraya, M. and Beltrando, G. (2013), «Les services de soins hospitaliers publics dans l'agglomération de Sfax : spécificités fonctionnelles et pouvoir spatial», *EchoGéo [Preprint]*, n°26. Available at: <https://doi.org/10.4000/echogeo.13632>.
- Kchouk, B. (2017), «Les anciennes élites économiques et le changement de régime en Tunisie : de l'incertitude vers la consolidation politico-économique des positions», *Politix*, n° 120(4), pp. 157-178. Available at: <https://doi.org/10.3917/pox.120.0157>.
- Lapointe, D. and Coulter, M. (2020), "Place, Labor, and (Im)mobilities: Tourism and Biopolitics", *Tourism Culture & Communication*, n°20(2) pp. 95-105. Available at: <https://doi.org/10.3727/109830420X15894802540160>.
- Lautier, M. (2008), "Export of health services from developing countries: The case of Tunisia", *Social Science & Medicine*, n°67(1), pp. 101-110. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.057>.
- Lautier, M. (2013), «Le développement des échanges internationaux de services de santé : Perspectives des exportations en Afrique du nord», Banque Africaine de Développement, Abidjan.
- Meddeb, H. (2012), «Courir ou mourir : course à el khobza et domination au quotidien dans la Tunisie de Ben Ali», PhD Thesis. Available at: <http://www.theses.fr/2012IEPP0030>.
- Minca, C. and Ong, C. E. (2016), "The power of space: The biopolitics of custody and care at the Lloyd Hotel, Amsterdam", *Political Geography*, n° 52, pp. 34-46. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.polgeo.2015.03.001>.
- Miossec, J. M. (1996), «Le tourisme en Tunisie : un pays en développement dans l'espace touristique international», PhD Thesis. Available at: <http://www.theses.fr/1996TOUR1501>.
- Ormond, M. and Kaspar, H. (2019), «Handbook of global urban health», Routledge (The metropolis and modern life), New York, NY.
- Pinson, G. (2020), «La ville néolibérale», Presses universitaires de France (La ville en débat), Paris.
- Rapport annuel sur les indicateurs d'infrastructure (2018), Institut National de la Statistique, Tunisie.
- Rouland, B. and Jarraya, M. (2020), "From medical tourism to regionalism from the bottom up: emerging transnational spaces of care between Libya and Tunisia", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, n°46 (20), pp. 4248-4263. Available at: <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1597475>.
- Rouland, B. Jarraya, M. and Fleuret, S. (2016), «From medical tourism toward a space for transnational care: the case of Libyan patients in Sfax (Tunisia) », *Revue francophone sur la santé et les territoires [Preprint]*. Available at: <https://doi.org/10.4000/rfst.801>.
- Sebei, H. (2017), «L'accès des Libyens aux soins dans la ville de Sfax : Les ambulanciers libyens comme groupe témoin». Mémoire de Master. Faculté des Lettres et des Sciences Humaines Université de Sfax.
- Signoles, P. (1985), «L'Espace tunisien : Capitale et état-région», Centre d'études et de recherches Urbama, Tours.

Whittaker, A. (2015), «Perceptions of an international hospital in Thailand by medicaltravel patients: Cross-cultural tensions in a transnational space», *Social Science*, n°124, pp. 290-297.

## RIASSUNTI

L'accoglienza dei pazienti stranieri a Sfax (Tunisia) in strutture di cura esclusivamente private mette in discussione il ruolo del turismo medico nel rapporto paziente-caregiver. Concetto deprecato, il turismo medico è soprattutto una visione economica e globalizzata degli scambi sanitari. La mobilità per motivi medici è locale e vincolata, piuttosto che scelta, all'interno di un mercato globale. Tuttavia, mostriamo attraverso il caso di Sfax che anche il turismo medico fa parte di una governamentalità foucaultiana, costruita dalla domanda e dall'offerta, al di fuori degli standard del turismo di massa. In primo luogo, siamo di fronte a pratiche informali che circondano la cura e producono una forma di “desiderio” per il territorio di Sfax e i suoi standard. E anche dal contesto neoliberista che circonda lo sviluppo di questa attività. Ciò conferisce alla lettura biopolitica una forza analitica transcalare e rilevante del fenomeno del turismo medico, all'interno degli spazi di cura transnazionali.

## INDICE

**Parole chiave** : Tunisia, biopolitica, turismo medico, spazio di cura transnazionale, mobilità, geografia

## AUTORI

### THÉO MAURETTE

Théo Maurette è dottorando presso l'UMR 5194 PACTE presso l'Università di Grenoble Alpes. La sua tesi, riguarda gli ambiti della geografia sanitaria e della geografia urbana, interroga il rapporto del territorio di Sfax con il suo sistema sanitario privato.

### SAMI BEN FGUIRA

Sami Ben Fguira è dottore in Scienze Geografiche presso la Facoltà di Lettere e Scienze Umane di Sfax. Ricercatore post-dottorato presso il laboratorio SYFACTE, il suo lavoro si concentra sull'evoluzione dei modi di vivere, delle politiche abitative e dell'edilizia sociale in Tunisia.

## TRADUCTEUR\_DESCRIPTION

### FIGORELLA DALLARI (TRADUZIONE)

Università di Bologna