

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

Dottorato di Ricerca in Psicologia Generale e Clinica

Indirizzo di Psicologia Clinica

XXIV Ciclo

Settore Concorsuale di afferenza: 11/E4

Settore Scientifico disciplinare: M-PSI/07

**POVERTA' E SALUTE MENTALE.  
VALUTAZIONE DEGLI ASPETTI TANGIBILI E  
INTANGIBILI DEL MICROCREDITO.**

Presentata da: Dott.ssa Giorgia Bonaga

Coordinatore Dottorato

Relatore

Chiar.ma Prof.ssa Piera Carla Cicogna

Chiar.ma Prof.ssa Luisa Brunori

Esame Finale Anno 2012





## Indice

<b>Capitolo 1. Il Dispositivo del Microcredito: l'intreccio tra Psicologia ed Economia</b> .....	1
1.1. Introduzione .....	1
1.2. Microfinanza e Microcredito.....	1
1.3. La Grameen Bank .....	3
1.4. Le Innovazioni della Microfinanza: i Principi Ispiratori della Grameen Bank.....	4
1.4.1. Il Prestito di Gruppo .....	5
1.4.1.1 <i>Adverse Selection (Selezione Avversa)</i> .....	6
1.4.1.2 <i>Moral Hazard (Azzardo Morale)</i> .....	7
1.4.1.3 <i>Peer Monitoring</i> .....	8
1.4.2. Il Gruppo di Microcredito e le sue Potenzialità: .....	9
1.4.3. Il Prestito Progressivo .....	11
1.4.4. La Promozione del Risparmio .....	11
1.4.5. La Fiducia ovvero il Trattamento Flessibile delle Garanzie.....	12
1.4.6. Dalla Carità al Credito: il Valore dell'Auto-Impiego .....	14
1.4.7. L'attenzione alle Donne come Clienti .....	14
<b>Capitolo 2: La Relazione Reciproca tra Povertà e Salute Mentale nei Paesi a Basso e Medio Reddito</b> .....	16
2.1. Povertà e Salute Mentale.....	16
2.2. Il Ruolo dei Fattori Sociali nella Comprensione della Salute Mentale.....	18
2.3. Analisi delle Associazioni tra Povertà e Salute Mentale nei PVS .....	20
2.3.1. La Direzione di Causalità .....	21
2.3.2. Le Variabili Mediatriche e Moderatrici .....	23
2.3.2.1. Indicatori della Povertà' .....	24
2.3.2.2. Genere.....	25
2.3.2.3. Eta' .....	27
2.3.3. Il Contributo Scientifico alla Comprensione dell'Intreccio .....	28
2.4. Psicologia della Povertà' .....	33
2.4.1. Il Contributo dell'American Psychological Association (APA).....	34

<b>Capitolo 3: La Misurazione dell’impatto del Microcredito nei PVS e PS .....</b>	<b>37</b>
3.1. Introduzione .....	37
3.2. Aspetti Teorici dell’Impact Assessment (IA) .....	38
3.2.1. Il Modello di Catena dell’Impatto .....	39
3.2.2. Tipi di Impatto e Stima dell’IA .....	40
3.2.3. Modelli di Attribuzione degli Effetti dei Programmi di Microcredito .....	42
3.2.3.1. Il Metodo Scientifico .....	42
3.2.3.2. La Tradizione Umanista .....	43
3.3. Metodi e disegni di Ricerca adottati dagli Studi sull’Impatto.....	44
3.3.1. I Limiti degli Studi sull’Impatto.....	46
3.3.2. Studi Randomizzati Controllati (Randomized Control Trials RCTs) .....	47
3.3.3. Valutazioni Trasversali dell’Impatto .....	49
3.4. Le Conseguenze Psicologiche del Microcredito: un’analisi della letteratura .....	50
3.4.1. Empowerment di Genere .....	51
3.4.2. Violenza Domestica.....	55
3.4.3. Promozione della Salute e del Benessere .....	61
3.4.4. Salute Mentale e Benessere Psicologico .....	65
3.4.5. Dinamiche di Gruppo .....	69
<b>Capitolo 4: Gli Strumenti Di Ricerca .....</b>	<b>78</b>
4.1. Introduzione .....	78
4.2. Misurare il Benessere Psicologico nei PVS .....	79
4.2.1. Epidemiologia della Depressione nei PVS.....	79
4.2.2. Cultura e Diagnosi di Depressione .....	80
4.2.2.1. I Sintomi .....	80
4.2.2.2. Gli Strumenti .....	81
4.2.3. Prevalenza di Disturbi Mentali Comuni in Bangladesh .....	83
4.2.4. Misurare il Livello di Autostima nei Paesi Non Industrializzati.....	86
4.3. Presentazione dell’impianto Valutativo della Ricerca .....	87
4.3.1. Strumenti e Indicatori per valutare il benessere Psicologico.....	87

4.3.1.1.Livello di Autostima: Rosenberg Self Esteem Scale RSES .....	88
4.3.1.2.Disturbi Mentali Comuni: General Health Questionnaire GHQ-12.....	90
4.3.1.3.Potere Decisionale in Famiglia: Decision Making Process Questionnaire ...	92
4.3.1.4.Qualità delle Relazioni Familiari: Carta di Rete .....	93
4.3.2.Strumenti e Indicatori per Valutare il Benessere Economico .....	100
4.3.2.1.Livello di Povertà: CGAP Poverty Assessment Tool e Grameen Form 1...	101
4.3.2.2.Performance del Credito.....	104
<b>Capitolo 5: Valutazione dell’Impatto del Programma di Microcredito Grameen.....</b>	<b>105</b>
5.1.Obiettivi e Ipotesi di Ricerca.....	105
5.2.Metodo .....	108
5.2.1.Campionamento.....	108
5.2.2.Disegno di Ricerca .....	110
5.2.2.1.Analisi dei Dati.....	110
5.2.2.2.Descrizione del Campione.....	111
5.3.Risultati .....	114
5.3.1.Dati Anagrafici .....	114
5.3.2.Performance del Prestito.....	115
5.4.Dimensione Intangibile .....	119
5.4.1.Livello di Autostima (Rosenberg Self Esteem Scale-10).....	119
5.4.2.Benessere Psicologico (General Health Questionnaire, GHQ12).....	121
5.4.3.Dimensioni Interne del GHQ-12 (General Dysphoria E Social Dysfunction) ..	124
5.4.4.Distribuzione del Potere Decisionale in Famiglia ( <i>Decision Making Process</i> )	128
5.5.Relazioni Familiari .....	132
5.5.1.Numerosità delle Relazioni Familiari e Sociali (Carta Di Rete, Sannicola) ...	132
5.6.Dimensione Tangibile .....	145
5.6.1.Denaro Investito nell’acquisto di Indumenti ( <i>Clothes Indicator</i> ) .....	145
5.6.2.Valore Totale della Proprietà ( <i>Family Wealth</i> ) .....	149
5.6.3.Valore Totale delle Singole Proprietà (Terra, Animali e Beni).....	151
5.6.4.Sicurezza Alimentare (Qualità e Quantità del Cibo).....	153
5.6.5.Qualità dell’Abitazione e delle Facilities .....	156
5.7.Caratteristiche delle Donne con Positive e Negative Outcome.....	161

5.7.1.Dati Anagrafici .....	161
5.7.2.Microcredit Performance .....	167
5.8.Discussione dei Risultati .....	171

## **Riferimenti Bibliografici**

## 1. CAPITOLO

### Il Dispositivo del Microcredito: l'intreccio tra Psicologia ed Economia

#### 1.1. Introduzione

In questo primo capitolo si intende ora offrire una breve panoramica del fenomeno comunemente detto “microcredito” analizzandone le caratteristiche e gli strumenti utilizzati per alleviare la povertà. La presentazione si sviluppa descrivendo le peculiarità strutturali e metodologiche che distinguono la pratica del microcredito da quella delle banche tradizionali e il ruolo delle MIF (Istituzioni di Microfinanza) che operano nei paesi in via di sviluppo.

“Microfinanza” è diventata negli ultimi anni una parola d’ordine quando si tratta di temi quali lo sviluppo sostenibile, la riduzione della povertà e le fonti alternative di profitti per le istituzioni finanziarie. Per microfinanza si intende, comunemente, una vasta gamma di servizi finanziari per “*not bankable individuals*”, cioè per gli individui che non soddisfano i requisiti tradizionali per entrare in transazioni con le banche (come una storia di credito, un reddito stabile o collaterali). Il principale servizio offerto da istituti che si occupano di microfinanza (le cosiddette “Banche dei Poveri” o “Banche Etiche”, oltre alle Istituzioni di Microfinanza<sup>1</sup> operanti nel Terzo Mondo) è costituito dal microcredito definibile come il flusso di micro-prestiti concesso a persone non meritevoli di credito da un punto di vista tradizionale. La cosa sorprendente circa il microcredito è che i tassi di default risultano relativamente bassi (circa del 2%): pertanto, come sarà approfondito in seguito, sembra che il microcredito abbia non solo il potenziale di alleviare la povertà in modo significativo, ma anche di promuovere percorsi di sviluppo per gli individui e per la Comunità.

#### 1.2. Microfinanza e Microcredito

L’idea di fornire piccoli prestiti a individui a basso reddito è, in realtà, non troppo recente. Comunemente Jonathan Swift è riconosciuto il vero padre del microcredito, poiché è stato in grado di alleviare significativamente la povertà in Irlanda nel corso di due secoli, dalla fondazione dei fondi di prestito irlandesi nel 1740 a Dublino (Hollis e Sweetman, 1997). Dopo un grande successo durante i loro primi cento anni di esistenza, il loro impatto ha cominciato a diminuire e, anche se è possibile trovare qualche traccia di idee simili nella storia più recente come ad esempio le idee di Friedrich Wilhelm Raiffeisen nelle opere di Lysander Spooner, il fondatore della banca tedesca Raiffeisen, o nel Piano Marshall. Durante

---

<sup>1</sup> d’ora in poi MicroFinance Institutions o IMF.

gli anni settanta del XX secolo, molte organizzazioni che avrebbero portato l'idea in vita, sono state fondate in Bangladesh, di cui la più riuscita è la *Grameen Bank*. Da allora la microfinanza ha assunto sempre maggiore popolarità tra i politici e le organizzazioni umanitarie. L'entusiasmo per questa nuova forma di sostegno delle aree sottosviluppate raggiunto il suo picco nel 2006 quando a *Muhammad Yunus*<sup>2</sup>, fondatore della *Grameen Bank*, è stato assegnato il Nobel per la Pace. Oggi, nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo, esistono IMF che si rivolgono alla popolazione, e di cui i governi hanno riconosciuto gli aspetti positivi.

Altri sviluppi attuali sono da tenere in presenti: la potenziale domanda di capitale della microfinanza stimata pari a quindici volte il volume attuale (19 miliardi di USD); le IMF che stanno diventando sempre più professionali e più collegate a livello internazionale tramite i mercati di capitali (Swanson, 2007).

I problemi di accesso al credito nei Paesi in Via di Sviluppo<sup>3</sup> portano a situazioni irreversibili di indigenza. Il microcredito riesce, in modo semplice ed efficace, a superare le tradizionali barriere connesse al credito bancario basato su garanzie: è un sistema basato sulla fiducia in cui i finanziamenti sono erogati a gruppi di persone con uno stesso business, che condividono una *responsabilità solidale*.

Dunque, le asimmetrie informative, unitamente alla mancanza di garanzie, sono causa del fallimento dei mercati del credito tradizionale nei PVS. Una sfida particolarmente forte nelle regioni più povere, dove le persone possono avere idee praticabili ed esperienze lavorative qualificanti, è quella di permettere l'accesso al credito agli individui indigenti. Come sappiamo, nei PVS anche 10 USD di prestito possono fare la differenza per un piccolo negoziante o un artigiano, ma le banche del settore tradizionale, di norma, evitano la concessione di micro-prestiti, concentrandosi invece su somme più consistenti a vantaggio di clienti più ricchi e consolidati. Con la microfinanza si è cercato di cambiare tutto questo.

Mentre la domanda totale è ancora insoddisfatta (i più poveri sono difficili da raggiungere), ci sono un numero crescente di casi di successo e, in tutto il mondo, quasi 70 milioni di richieste da parte di individui a basso reddito sono soddisfatte dalle IMF (Daley-Harris 2003).

---

<sup>2</sup> Muhammad Yunus (Chittagong, 28 giugno 1940) è un economista e banchiere bengalese pluripremiato (si ricordi: Laurea Honoris Causa dall'Alma Mater Studiorum, Università di Bologna, 2004; Premio Nobel per la Pace, insieme alla *Grameen Bank*, 2006; Laurea honoris della facoltà di Scienze Politiche, Cooperazione e Sviluppo, dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", 2008; ecc). Conosciuto come il "padre" del microcredito, nel 1976 fondò la *Grameen Bank* di cui è stato direttore sin dal 1983

<sup>3</sup> D'ora in poi PVS

### 1.3. La Grameen Bank

L'esperienza di microcredito di Mohammad Yunus, fondatore della Grameen Bank comincia nel 1974 in Bangladesh in seguito ad una grave carestia che colpì il paese. A seguito del disastroso evento, Mohammad Yunus, già al tempo professore di Economia all'Università di Chittagong, spinto dalla consapevolezza della discrepanza esistente tra le teorie economiche che spiegava e la drastica realtà di povertà e morte che la gente viveva nelle strade e nei villaggi, decise di intraprendere insieme ai suoi studenti uno studio sulla povertà, attraverso una ricerca azione. Obiettivo principale di tale compito era quello di definire un elenco di beni necessari perché gli abitanti del villaggio di Jobra potessero sopravvivere per una settimana alla carestia che stavano attraversando senza subire il ricatto degli usurai. Yunus si accorse che con soli ventisette dollari si sarebbe data la possibilità a quarantadue persone (e le loro rispettive famiglie) di sopravvivere per una settimana. Decise di dare loro la somma in prestito e, contrariamente al pregiudizio di tutti, il denaro prestato venne interamente restituito.

Nasce così l'attuale dispositivo di microcredito modello Grameen, oggi diffuso in tutto il mondo, che consiste in un'innovativa pratica di credito basata su piccoli prestiti e concessi alle persone tradizionalmente escluse dal sistema bancario, permettendo loro di realizzare piccole attività di impresa o di consolidare attività già esistenti.

Inizialmente il prestito veniva concesso senza distinzione di genere, ma le attrici principali di questa esperienza si rivelano essere le donne in quanto, *“emarginate sul piano lavorativo, svantaggiate sul piano economico e sociale costituiscono la maggioranza dei poveri, e per il loro legame con i figli rappresentano concretamente il futuro del paese”* (Yunus, 1998,89). Dopo le prime esperienze infatti, si è visto come il denaro per la gestione familiare nelle mani delle donne rendeva più di quando veniva concesso agli uomini. Le priorità di una donna sono la sicurezza economica, il benessere dei figli, la casa; al contrario, gli uomini pensavano prima di tutto a soddisfare le proprie esigenze.

Oggi la Grameen Bank (*“grameen”* deriva dalla parola *gram* che vuol dire “villaggio” e può essere tradotto con “rurale”) ha sede a Dhaka, capitale del Bangladesh e sono più di 6.200.000 le persone che hanno usufruito del credito il cui tasso di restituzione supera il 99%. Il credito viene concesso su base fiduciaria, e quindi senza necessità di garanzie economiche, ad un gruppo di 5 donne che si presenti ognuna con un proprio progetto. E' infatti il gruppo, come più dettagliatamente specificato nel paragrafo seguente, la struttura di base del microcredito. Più gruppi poi (6-8) formano un centro ed infine 60-70 centri formano un *branch*. Attualmente in Bangladesh ci sono 1393 *branch offices*, raggruppati in 136 area office, 21 *zonal office*, e un *head office*, che raccolgono i crediti in tutto il Paese.

Prima dell'accesso al credito, è previsto un periodo di training in cui vengono fornite alle mutuatrici le conoscenze di base necessarie per leggere e scrivere e quelle volte a controllare quelle modalità di vita, spesso inconsapevoli e automatiche, che tendono a perpetuare la povertà. Prova di questo, è la richiesta di rifiuto dell'istituzione della dote (insieme dei beni che la famiglia di una sposa conferisce allo sposo con il matrimonio), nota pratica che discrimina le donne poiché genera crisi in famiglia (Le 16 decisioni)

Una volta ottenuto il credito, il meccanismo di rimborso, da eseguire entro un anno, consiste in :

- inizio dei pagamenti dopo una settimana dalla concessione del prestito;
- rate settimanali di identico importo, pari ad una quota del 2% a settimana per 50 settimane;
- una quota di interesse del 20%, pari a 2 taka a settimana per un prestito di 1000 taka.

La mancata restituzione del prestito comporta la perdita del diritto di avere un altro credito con l'assunzione che la mancata restituzione del denaro non corrisponde a disonestà ma a incapacità materiale. In funzione di questo aspetto, Grameen Bank ha elaborato alcune strategie per far "rientrare" i beneficiari anche dopo i "fallimenti" poiché la sua filosofia non vuol essere punitiva ma di espressione del massimo impegno per lo sviluppo delle persone.

#### **1.4. Le innovazioni della microfinanza: i principi ispiratori della Grameen Bank**

La finanza tradizionale usa analisi di "costi-benefici" per determinare l'ammontare e la destinazione dei prestiti secondo criteri che mirano a restituire il più alto profitto per il maggior numero di persone. Nella microfinanza, invece, l'obiettivo è quello di realizzare istituzioni pienamente redditizie e auto sostenibili, in grado di ampliare esponenzialmente il proprio outreach in modo coerente alla *mission* sociale di partenza. Inoltre i meccanismi della microfinanza differiscono sostanzialmente dai meccanismi bancari tradizionali in particolare relativamente ad alcune innovazioni ben evidenti nei principi fondatori della Grameen Bank.

La fiducia, il gruppo, il credito al posto della carità, l'attenzione alla pratica anziché teorie staccate dalla realtà applicativa, l'auto-occupazione come strumento per un'autonoma ricerca di realizzazione e la valorizzazione delle donne, che tradizionalmente non sono considerate nell'ambito dello sviluppo delle risorse per una comunità e per un paese.

Verranno ora analizzati nel dettaglio i principi che hanno ispirato il microcredito al fine di mettere in luce l'esistenza di un nesso molto forte con i principi fondanti della psicoterapia basata sulle relazioni, e in particolare con la gruppoanalisi.

### 1.4.1. Il prestito di gruppo

Com'è riuscita la *Grameen Bank* a concedere micro-prestiti a individui “not bankable”<sup>4</sup> e ottenere un tasso di restituzione del 98%? Il merito è in gran parte della strategia dei prestiti di gruppo. La banca o l'istituzione non richiederà garanzie e servirà solo i più poveri facendo prestiti ai privati, ma in un modo speciale. Le persone interessate a ottenere prestiti dovranno presentarsi in gruppi e avere un business comune.

I costi delle operazioni sono così ridotti; la responsabilità solidale e lo stato di *membership* (che consente al gruppo di ottenere in futuro maggiori quantità di prestito) fungono da incentivo alla restituzione. La chiave del successo è che questi prestiti sono più attraenti di quelli derivanti da altre fonti come l'usura: infatti gli usurai (*money lenders*) possono richiedere tassi di interesse di oltre il 100% all'anno, la *Grameen Bank* mantiene i tassi ufficiali al 20% (e anche con costi extra, le aliquote effettive sono inferiori del 30%).

Questa metodologia ha catturato l'attenzione di un gran numero di ricercatori. Maitreesh Ghatak (2000), Armendariz de Aghion Beatriz e Christian Gollier (2000), per esempio, sostengono che la possibilità di formare volontariamente i propri gruppi aiuta a superare il problema di *selezione avversa*<sup>5</sup>. Il problema è che per una banca tradizionale il costo di distinguere i soggetti “a rischio” da quelli “sicuri” è alto; se volesse farlo, la banca dovrebbe percepire un alto tasso di interesse per il mutuatario rischioso e un più basso tasso per il mutuatario sicuro. Ma senza dati precisi, la banca deve addebitare lo stesso tasso a tutti i potenziali mutuatari, e questo può provocare l'uscita del mutuatario avverso al rischio dal mercato del credito. In un mondo ideale dovrebbero essere finanziati sia i progetti intrapresi dai mutuatari amanti del rischio, sia quelli dei mutuatari avversi al rischio. Gli abitanti dei villaggi stessi, però, spesso hanno informazioni abbastanza attendibili circa la rischiosità relativa dei loro vicini, anche se la banca viene lasciata all'oscuro. Un vantaggio del prestito di gruppo (almeno in linea di principio) è che l'informazione locale viene messa a disposizione del creditore.

---

<sup>4</sup> La traduzione letterale è “non bancabili”, cioè senza garanzie, non meritevoli di credito da un punto di vista tradizionale

<sup>5</sup> Per selezione avversa si intende ogni situazione in cui una variazione delle condizioni di un contratto provoca una selezione dei contraenti sfavorevole per la parte che ha modificato le condizioni a suo vantaggio.

*1.4.1.1. Adverse Selection (selezione avversa)*

Il concetto di selezione avversa, nato in campo assicurativo, viene impiegato in diversi altri settori, nei quali modifiche nei rapporti tra due parti spingono una delle due a rinunciare al rapporto con l'altra, lasciando il posto a soggetti che presentano in misura minore la caratteristica preferita dall'altra parte. Ad esempio, George Akerlof ha sviluppato il modello del mercato delle auto usate. Gli acquirenti di auto usate non sanno se stanno acquistando un "bidone" o un'auto buona, quindi saranno disposti a pagare un prezzo compreso tra quello dei Bidoni e quello delle auto buone, basato sulla probabilità che l'auto messa in vendita sia un bidone. Se gli acquirenti disponessero di informazione perfetta conoscerebbero con certezza il valore dell'auto, e pagherebbero semplicemente una somma eguale a tale valore. I venditori (che conoscono la Qualità delle auto) saranno meno disposti a vendere auto buone, poiché il prezzo è troppo basso, ma venderanno più bidoni, perché su questi fanno un ottimo affare. Gli acquirenti si accorgono di questa tendenza, e non sono più disposti a pagare il prezzo di prima. Il prezzo scende sempre di più e sempre più bidoni sono messi in vendita. Nel caso estremo, le auto buone non sono vendute affatto, e i bidoni dominano il mercato.

La selezione avversa è mitigata nel prestito di gruppo, e si sostiene per due ragioni. In primo luogo, in un'economia in cui tutti gli abitanti del villaggio (amanti e avversi al rischio) conoscono la rischiosità altrui, il gruppo contraente il prestito, grazie alla responsabilità solidale, sarà caratterizzato dallo stesso rischio (e dallo stesso business): mutuatari a rischio non avranno altra scelta che formare gruppi con altri mutuatari a rischio.

I partecipanti ai gruppi a rischio dovranno rimborsare più spesso i loro coetanei inadempienti ovvero i mutuatari più sicuri, per lo stesso motivo, saranno tenuti a rimborsare i loro coetanei meno spesso. I costi previsti (comprese le spese di rimborso per i membri del gruppo in difficoltà) saranno inferiori. Questo a sua volta può indurre ad entrare nel mercato del credito, prendere prestiti e migliorarne l'efficienza.

Dal punto di vista dell'investitore, portare i mutuatari sicuri a reinserirsi nel mercato abbassa l'incidenza media dei default e riduce quindi i costi. Con costi più bassi, l'investitore a sua volta può ridurre i tassi di interesse ancora di più. La probabilità che lo faccia aumenta se deve affrontare una forte concorrenza, o se, per ragioni etiche, il suo obiettivo è semplicemente il pareggio delle spese con i guadagni, al fine di trarre il massimo guadagno sociale. Il prestito di gruppo in tal modo è in grado di eliminare la selezione avversa.

1.4.1.2. *Moral Hazard (azzardo morale)*

Un altro filone di discussione sottolinea che il gruppo di prestito può potenzialmente ridurre ex ante i problemi di *azzardo morale*<sup>6</sup>. Questo problema emerge quando, dopo aver erogato i prestiti, l'istituto finanziario non può effettivamente controllare i mutuatari e quindi non può scrivere un contratto credibile che impone un comportamento prudente. I mutuatari sono protetti da responsabilità limitata in quanto non hanno garanzie da offrire e possono quindi essere tentati di intraprendere progetti più rischiosi di quelli concordati. Dal momento che il mutuatario non affronta le conseguenze del default, emergono tensioni che nell'immediato vengono risolte con un aumento dei tassi di interesse.

Joseph Stiglitz (1990) spiega che, secondo la metodologia di prestito di gruppo, quest'ultimo svolge un ruolo in quanto saranno gli stessi membri a decidere una pena pecuniaria o a "sanzioni sociali" in caso di inadempienza da parte dei colleghi in base anche alla rischiosità dei progetti, così da incentivare tutti i membri verso un auto-monitoraggio. In particolare, ogni mutuatario può denunciare la "cattiva condotta" degli altri individui molto più facilmente di come potrebbe fare una banca (a causa della vicinanza geografica e dei legami commerciali): il monitoraggio *ex ante* è così efficace e possibile e si traduce in incrementi di efficienza. Questi guadagni (sempre partendo dal presupposto che l'MIF cerchi semplicemente di chiudere in pareggio) consentiranno la diminuzione dei tassi di interesse, e saranno a loro volta in grado di mitigare ex ante il problema di azzardo morale.

Un terzo vantaggio potenziale del prestito di gruppo è quello di ridurre *ex post* il "*moral hazard*". Questo problema emerge una volta che i profitti del progetto sono stati realizzati.

L'istituto finanziario non può osservare la veridicità delle dichiarazioni del gruppo, così i mutuatari, protetti da responsabilità limitata, sono incentivati a fingere di aver conseguito minori rendimenti. Il prestito di gruppo con responsabilità solidale può tuttavia ridurre l'incidenza di questo fenomeno se il rendimento del progetto può essere osservato tra colleghi, cioè quando i mutuatari svolgono la stessa attività d'impresa. Sotto la minaccia delle sanzioni sociali, i mutuatari dichiareranno profitti veritieri (anche se ci possono essere situazioni di omissione collettiva dei profitti contro la banca, nella pratica, questo è stato raramente un problema). Abbassando l'incidenza di default strategici (e, ancora una volta, assumendo che la banca abbia la volontà di chiudere in pareggio), i prestiti di gruppo possono potenzialmente portare alla riduzione dei tassi d'interesse, e quindi attenuare il

---

<sup>6</sup> L'azzardo morale (*moral hazard*) è una forma di opportunismo post-contrattuale, che può portare gli individui a perseguire i propri interessi a spese della controparte, confidando nell'impossibilità, per quest'ultima, di verificare la presenza di dolo o negligenza.

problema di azzardo morale ex post. Gli argomenti fin qui analizzati evidenziano il potenziale del prestito di gruppo come strumento per superare le inefficienze del mercato del credito, causate dalle asimmetrie informative tra istituzioni finanziarie (o i creditori) e i gruppi di debitori. La descrizione del prestito di gruppo affrontata finora aiuta a capire come sanzioni sociali, nelle economie di villaggio o nelle società coese, possano servire da meccanismo di applicazione per aggirare il potenziale problema della responsabilità limitata.

#### *1.4.1.3. Peer Monitoring*

Sotto l'assunto che ogni mutuatario abbia un (e un solo) vicino che sia anche lui mutuatario, il successo del loro progetto è indipendente. I due mutuatari possono monitorarsi a vicenda. L'investitore desidererebbe che ognuno riferisse se il suo vicino sta usando la tecnica rischiosa. Egli desidera creare un contesto in cui è nell'interesse di ciascuno monitorare l'altro e riportare ogni truffa.

Quanto segue è un semplice modo di fare ciò. L'investitore offre un contratto che, se il vicino accetta di condividere, permette al mutuatario di ottenere di pagare un tasso più basso oltre che un maggior credito. Il vicino cointestatario del contratto accetta di pagare una somma all'investitore nel caso in cui l'investimento fallisca ammesso che non sia lui stesso a fallire. Quindi, l'utilità attesa dal cointestatario dipende dalla scelta del vicino d'intraprendere il progetto sicuro oppure quello rischioso. Considerando la loro interdipendenza, è ragionevole assumere che essi cooperino; cioè, essi decidono congiuntamente se intraprendere il progetto sicuro o quello rischioso.

Volendo analizzare i problemi del prestito di gruppo è possibile partire dalle osservazioni di Ashok Rai e Tomas Sjöström (2004) che sostengono che, con il prestito di gruppo, l'efficienza del contratto possa anche diminuire. Si consideri, ad esempio, una situazione in cui un mutuatario non possa rimborsare il prestito e che gli altri membri del gruppo siano, quindi, sotto pressione. Essi possono anche non avere le risorse e il desiderio di salvare il loro collega. Se così fosse, il regolamento impone l'esclusione di tutto il gruppo, compresi i non insolventi, dall'accesso al credito, anche dei potenziali clienti esemplari.

Quando il costo di trovare buoni clienti è elevato, l'istituzione sarà restia a rispettare la regolamentazione che spesso non viene attuata alla lettera. Succede invece che il cliente in difficoltà venga rimosso dal programma, e gli altri siano autorizzati a rimanere in un gruppo con un membro sostitutivo (ad es. Matin, 1996). Il risultato è migliore per tutti, e la nuova

*Grameen Bank II* introdotta da Muhammad Yunus (2002) spinge verso le norme circa l'indebolimento della responsabilità solidale.

#### **1.4.2. Il gruppo di microcredito e le sue potenzialità: il punto di vista gruppoanalitico.**

Con il meccanismo del prestito di gruppo, la banca Grameen instaura una relazione con ciascun individuo inserito in un gruppo e valorizza in questa maniera il sistema di relazioni orizzontali all'interno del gruppo stesso. Inoltre poiché la possibilità di accedere al credito dipende non solo dal comportamento del singolo individuo, ma anche da quello degli altri componenti del gruppo, si innescheranno automaticamente dei meccanismi di monitoraggio e di supporto da parte dei pari

I gruppi sono formati da 5 persone che si scelgono per condividere insieme quest'esperienza, il piccolo gruppo può favorire le relazioni fra i membri, stimolando l'interscambio fra i componenti e preservare l'equilibrio e l'armonia collettiva.

Sono gruppi omogenei dal punto di vista dello stato economico-sociale e del genere delle persone. Non possono partecipare più componenti di uno stesso nucleo familiare in quanto, essendo un legame molto forte, potrebbe correre il rischio di prevalere rispetto al legame che si dovrà instaurare con gli altri membri del gruppo, minando il rapporto orizzontale, paritetico ed equo, che rappresenta la peculiarità di questo gruppo. Esso va considerato nella sua accezione di vincolo sociale di base, costituisce uno strumento straordinario per produrre quel valore aggiunto al capitale tangibile. È in questo senso che il gruppo può essere visto come "economico", in quanto capace di fare buon uso della quantità di risorse sviluppate attraverso le dinamiche che hanno luogo e che si attivano nel gruppo. Le risorse, le relazioni, nel gruppo vengono sviluppate al massimo, solo alle condizioni di essere in grado di creare un sistema relazionale basato su concetti come democrazia, fiducia, altruismo, autonomia e responsabilità.

L'elezione a turno, una volta all'anno, di un *chairman* e di un segretario ha lo scopo di avere maggiore responsabilità del gruppo a turno, e di imparare ad essere responsabili e offrire la possibilità di crescita individuale all'interno di una Comunità che si arricchisce tanto quanto più abili sono i suoi membri.

In favore del gruppo, segretario e conduttore dovranno avere un contatto regolare con la banca, fare attenzione che il prestito e la restituzione siano regolari, che tutti i membri del gruppo siano presenti con regolarità e costanza agli incontri.

È proprio la regolare partecipazione a rappresentare la garanzia di mantenere il rapporto fiduciario.

Ogni membro del gruppo dovrebbe avere una conoscenza completa, adeguata del regolamento del gruppo e delle responsabilità individuali. La mancata disciplina può comportare l'esclusione dal gruppo stesso. Il conduttore avrà perciò anche il compito di amministratore: avrà cura di prendere nota delle presenze di tutti i membri del gruppo, delle restituzioni regolari dei prestiti e dei risparmi e di tutta la disciplina del gruppo.

Il gruppo è economico se il conduttore è in grado di utilizzare al meglio la dinamica che vi si genera per lo sviluppo sia degli individui, sia del gruppo come un tutto.

L'appartenenza ad un gruppo infonde un senso di sicurezza e consente di affrontare meglio i rischi, *“Se ho paura di fare una cosa mi serve un amico che mi aiuti a farla, se ho paura del buio chiamo qualcuno che mi tenga per mano, se siamo in due ad avere paura chiamo un terzo e così via”* (Yunus, 2006).

Analogamente a quanto accade ad un bambino con un adulto, quando un paziente si trova da solo con un operatore, facilmente è portato a delegare, ad affidarsi, ad evitare e non può fare la sua esperienza. Il gruppo invece può diventare uno strumento ad alto potenziale relazionale, è il luogo in cui i rapporti orizzontali vengono valorizzati in cui si apprende e si realizza il legame sociale.

In psicoterapia normalmente si riconoscono tre modalità di lavoro: “di gruppo”, “in-con il gruppo” e “attraverso il gruppo”. Se le prime due modalità tendono a valorizzare gli spetti verticali nel gruppo, richiamano una relazione di tipo verticale in cui esiste un conduttore che interpreta, legge, il gruppo o i suoi membri, la terza propone lo sviluppo di un gruppo in cui sono valorizzati tutti i rapporti possibili, le diversità e l'orizzontalità del gruppo.

In questo tipo di gruppo ogni partecipante si rapporta ad ogni altro riconoscendo di ciascuno la storia, la realtà, il modo di sentire e percepire il mondo.

In questa forma, il conduttore, oltre a considerarsi come uno tra tutti, è visto nella sua accezione di un “servitore” del gruppo, di colui, cioè che ha come obiettivo quello di rendere il gruppo e i suoi membri, capaci di sviluppare al massimo le loro risorse in una forma virtuosa e vincente per ciascuno e per tutti.

È questa la soluzione proposta per il gruppo di microcredito.

All'interno del gruppo si ritrovano meccanismi quali l'identificazione, il rispecchiamento, la risonanza ma anche l'universalismo, la solidarietà, l'altruismo, la comunicazione libera, l'infusione di speranza. Questi dinamismi sono alla base per la generazione di rapporti basati sulla fiducia, responsabilità, reciprocità e sono gli stessi su cui si basa il progetto Grameen.

Il gruppo quindi è la struttura portante del microcredito, ma ancora di più crea un sistema sociale in cui le parti sono connesse e reciproche, e supera quel sentimento di abbandono e di anomia che molti di noi soffrono e che colpisce soprattutto coloro che da questo sistema sociale sono esclusi.

Il gruppo di microcredito è il luogo in cui vengono prese le decisioni che riguardano i membri, i piani di lavoro, la sequenza dei prestiti e tutto quanto quello che riguarda quegli aspetti relazionali del gruppo che diventano parte di quel progetto di educazione alla democrazia che costituisce un altro degli obiettivi del microcredito.

### **1.4.3. Il prestito progressivo**

La seconda innovazione aggiuntiva, rispetto alla metodologia bancaria tradizionale, è il “prestito progressivo”. L'idea è semplice: ad ogni mutuatario è concesso un piccolo prestito (ad es. 50 USD) nel primo periodo, che in genere è rimborsabile per un anno settimanalmente. Poi, anno dopo anno aumenta la dimensione del prestito, via via che il mutuatario dimostri affidabilità e serietà. Questo tipo di prestito ha vari vantaggi, uno dei quali è consentire ai micro-investitori di “testare” i mutuatari con piccoli prestiti, al fine di escludere i peggiori, in prospettiva di prendere ulteriori rischi con i prestiti futuri. Inoltre, aumenta il costo opportunità per il “*nonrepayment*” (il mutuatario insolvente) dall'eventuale esclusione futura all'accesso al credito, poiché il mancato pagamento attiverà una riduzione del flusso crescente dei prestiti futuri.

Ci sono, però, due motivi per cui i micro-investitori non possono fare del tutto affidamento sui prestiti progressivi. Quando vi sono una molteplicità di micro-investitori, il mutuatario in default su un prestito può sempre rivolgersi a un altro micro-invitatore (assumendo che il primo abbia scarsa informazione sulle storie di credito del cliente, situazione comune in mancanza di uffici di credito e in presenza di informazione imperfetta). Tale fenomeno, che si manifesta molto spesso all'interno dei villaggi nei PVS, viene definito: *overlapping*.

Inoltre al crescere della dimensione del credito, il default diventa sempre più attraente, soprattutto se il rapporto tra il micro-invitatore e il mutuatario ha una scadenza.

### **1.4.4. La promozione del risparmio**

Un'ulteriore innovazione agisce cercando di risolvere i problemi di risparmio incontrati dai clienti della microfinanza. Spesso gli economisti si sono concentrati su problemi di tipo macroeconomico del mercato del credito in regioni a basso reddito, trascurando quelli che

possono incontrare coloro che non hanno mai potuto gestire del denaro e che a seguito del micro-prestito si trovano a doverlo fare. Le famiglie povere affrontano problemi di risparmio per due ragioni: limitano la domanda di risparmio per far fronte a necessità di sussistenza e investono i fondi in eccesso dell'attività d'impresa, nella loro azienda agricola o piccola impresa.

Anche le famiglie molto povere hanno necessità di risparmiare denaro e spesso lo fanno attraverso mezzi informali, ad esempio lasciando il denaro a un vicino, nascondendolo in casa o unendosi a rotazione a gruppi di risparmio. Questi mezzi possono essere costosi, non forniscono alcuna copertura contro l'inflazione e offrono una sicurezza limitata. Uno studio in Uganda ha mostrato che la perdita media di risparmio annuo è stata del 22% per il 99% degli individui facenti parte del gruppo di risparmio. Inoltre va considerata una fonte di perdita continua derivante da richieste di aiuto da parte di amici, parenti, mariti. Avere un luogo sicuro e conveniente per i risparmi permette alle famiglie povere di organizzare meglio i loro flussi in entrata e uscita, gestire le spese di grandi dimensioni come le tasse scolastiche e gli obblighi religiosi, e cominciare ad accumulare beni che potrebbe in futuro essere utilizzati come garanzia.

Molte IMF, tra cui *Grameen Bank*, hanno creato strutture "obbligatorie" di risparmio. Viene così soddisfatta con depositi settimanali, la domanda dei singoli clienti per i piccoli risparmi. Il modello Grameen prevede, per poter prelevare, il consenso del gruppo così che si crei, in pratica, un fondo di garanzia per far fronte a eventuali problemi d'insolvenza. Pertanto, l'introduzione di modelli di risparmio di gruppo a prelievo vincolato aumenta l'offerta dei prestiti e aiuta il raggiungimento degli obiettivi finanziari di auto-sostenibilità degli istituti di microfinanza.

La tendenza degli ultimi anni è stata quella di passare dai depositi obbligatori in direzione di quelli volontari a causa dei problemi riguardanti i costi di transazione, i quali lievitano proprio a causa dei depositi. Con i depositi volontari i prelievi non causano costi fissi e possono essere facilmente registrati e ammortizzati.

#### **1.4.5. La fiducia ovvero il trattamento flessibile delle garanzie**

Le persone ricevono prestito sulla fiducia. Yunus ha iniziato la sua avventura dando denaro ai poveri sulla fiducia e impostando così un'innovazione straordinaria. Dare denaro sulla fiducia, infatti, costituisce un vero e proprio rovesciamento della logica del credito tradizionale. Yunus afferma che "il povero sa che il credito è l'unica possibilità, al di là del quale non

esistono alternative” ed è per questo che non si farà perdere l'unica occasione che gli viene offerta. La vera garanzia era rappresentata dalla creatività e dall'impegno.

Gli psicologi vedono nella fiducia l'ingrediente principale per un sano sviluppo del bambino, in qualunque cultura egli sia. La relazione originaria per eccellenza è quella tra madre e figlio, ed è quella che richiede al massimo grado questa qualità, affinché il piccolo possa crescere al meglio delle sue possibilità di base.

Ma se la fiducia è essenziale nelle fasi precoci dello sviluppo, non meno importante è che la fiducia sia presente anche nelle relazioni dei gruppi secondari a cui tutti aderiamo quotidianamente nella nostra vita sociale al di fuori della famiglia. Essi rappresentano un rinforzo continuo e costante della nostra identità personale e sociale, costituiscono l'habitat della convivenza con i nostri simili: il luogo dell'espressione della cittadinanza.

La fiducia è fondamentale per la salute mentale dell'essere umano e condizione necessaria per la crescita di un individuo. Tuttavia, l'individuo ha bisogno, oltre che dell'appoggio del gruppo primario per la sua formazione di base, anche delle reti sociali successive che gli diano la continuità culturale e relazionale. Essa rappresenta lo strumento di base per l'equità e la reciprocità nelle relazioni sociali sia per il mantenimento della salute mentale degli esseri umani, sia per un tipo di “sentimento sociale” a cui tutti i cittadini hanno diritto come sostanziale elemento di connessione sociale. La mancanza di fiducia ha quasi sempre come nesso collegato un basso livello di autostima e di sfiducia sociale che si influenzano a vicenda. Questo circolo vizioso produce come esito situazioni di esclusione sociale che nel tempo si trasformano in una situazione di cronicità con la perdita o l'assenza di ogni autonomia e dove l'unica possibilità di sussistenza pare essere la completa dipendenza da qualcun altro. La condizione di povertà porta gli altri a non riporre fiducia nella persona povera, il che contribuisce a diminuire il suo livello di autostima personale, già fortemente intaccato.

Dare fiducia ad una persona significa riconoscerla come tale, restituirle dignità, riabilitarla, tenere a mente che *“...non vi possa essere distruzione completa della capacità di un essere umano di vivere creativamente e che anche nel più estremo caso di compiacenza e di formazione di falsa personalità, esista, nascosta in qualche luogo, una vita segreta che è soddisfacente perché è un'espressione creativa ed originale di quell'essere umano”* (Winnicott, 1969)

La fiducia risulta per questo non solo essenziale alla crescita degli individui ma anche lungo il loro percorso nella vita sociale che gli consentirà di avere una progettualità di vita “sana” e produttiva. Dobbiamo considerare quindi la fiducia come uno strumento di base per il mantenimento della salute mentale degli esseri umani; quella fiducia a cui i cittadini hanno

diritto per poter dire di vivere in una società civile in cui scambiare reciprocità, responsabilità e giustizia.

#### **1.4.6. Dalla carità al credito: il valore dell'auto-impiego**

La pratica assistenzialistica implica una relazione di tipo verticale tra il donatore e il ricevente, spesso collocati entrambi in una situazione di reciproca costrizione o obbligatorietà: il primo per una sorta di dovere morale che gli impone una donazione volontaria; il secondo perché incapace di immaginarsi in un ruolo diverso dal ricettore passivo, ovvero costretto lui pure ad una riconoscenza grata e rassegnata allo stesso tempo.

Quest'azione però esclude la reciprocità senza la quale non appare possibile la crescita per entrambe le parti coinvolte che comporta la modificabilità delle situazioni.

Dare credito presuppone invece il riconoscimento dell'altro, della sua dignità di persona, del suo essere parte attiva, delle sue capacità ovvero quelle che Amartya Sen definisce "*capabilities*". Il lavoro indipendente restituisce alla persona una più ampia possibilità di incidere sul proprio destino e il lavoro stesso, proprio attraverso la soddisfazione che sempre si ha di fronte ad una nostra opera di cui vediamo senso, significato e utilità e valorizzazione nello scambio, restituisce e rinforza un'identità che si perde e si frantuma nel lavoro dipendente e parcellizzato dalle imprese industriali. È noto che nella patologia mentale grave, le parti sane della personalità rappresentano la porta di accesso attraverso cui si possono programmare le varie attività di cura delle parti malate e dare così inizio al processo di guarigione.

Per la cura di queste patologie può essere più utile, almeno in una prima fase, lavorare sull'identità personale.

#### **1.4.7. L'attenzione delle donne come clienti**

Come trattare un'insieme di mutuatari considerati da un lato più affidabili e dall'altro più poveri? La ricerca incentrata sulla clientela femminile risponde in parte a questa domanda. Le donne costituiscono l'80% dei clienti di tutto il mondo (Priti Mody 2002): si tratta di un grande cambiamento per le banche che operano in aree a basso reddito.

Storicamente, le banche hanno sempre preferito gli agricoltori tra le tipologie di lavoratori a basso reddito, il che significava lavorare soprattutto con uomini. Yunus e i suoi sostenitori, hanno invece incentrato la loro attenzione e il loro sostegno alle imprese non agricole (spesso verso allevatori di bestiame, ma raramente nei riguardi degli agricoltori). Questo ha aperto la porta all'aumento del tasso di partecipazione femminile al microcredito, dal momento che

spesso le donne hanno più iniziativa, si assumono maggiori rischi, sono maggiormente propense alla trasformazione dell'attività d'impresa. I moventi principali di questo interessamento nei confronti delle donne sono due: uno finanziario e l'altro sociale. Dal punto di vista finanziario, quando si parla di strategie

d'investimento, le donne sono più prudenti rispetto agli uomini. In un primo studio statistico fatto in Bangladesh, Mahabub Hossain (1988) ha trovato che l'81% delle donne del suo campione non hanno avuto problemi a rimborsare il prestito mentre la stessa percentuale riguardante gli uomini è stata solo del 74%. Allo stesso modo, Khandker ha Shahidur et al. (1995) hanno osservato che il 15% dei mutuatari di sesso maschile non erano riusciti a ripagare il prestito entro la data stabilita, mentre l'1% delle donne avevano rimborsato il prestito in anticipo. Modelli simili sono stati trovati anche in altri paesi: in Malawi, per esempio, David Hulme (1991) ha osservato che i tempi di rimborso per i clienti di sesso femminile risultano essere minori rispetto a quelli per i clienti di sesso maschile, (rispettivamente del 92% e dell'83%). David Gibbons e S. Kasim (1991) hanno constatato che in Malesia tali percentuali risultano addirittura maggiori del 95% per le donne e del 72% per gli uomini. I motivi per i quali le donne risultano essere più rispettose delle scadenze di rimborso sono molti, ma la maggior parte degli osservatori ritiene che le donne in situazione di indigenza abbiano un minor numero di alternative rispetto ai loro mariti e siano più vulnerabili alla vergogna derivante dall'insolvenza. Tuttavia una volta che verranno considerati, al fine dell'assegnazione del merito di credito, i livelli di reddito, di patrimonio, di educazione, e di altri fattori socio-economici, è plausibile supporre che il vantaggio delle donne diminuisca. Le banche, però, quando scelgono i clienti, sono più interessate alle aspettative incondizionate, cioè assolute e hanno orientato la concessione di credito in favore delle donne. Così, da un punto di vista puramente finanziario, le donne vengono, di norma, preferite.

L'altro motivo interessa obiettivi di tipo sociale: quando questi fossero quelli di alleviare la povertà, le donne risultano essere più efficaci. Una sempre maggiore branca della letteratura sociologica ed economica documenta e dimostra la maggiore probabilità che il denaro concesso alle donne piuttosto che agli uomini venga speso per la salute e l'educazione dei bambini. Micro-investitori come ProMujer in America Latina, si sono così rivolti alla microfinanza per perseguire obiettivi sociali di diffusione della conoscenza e prevenzione delle malattie, nutrizione, igiene.

## 2. CAPITOLO

### La Relazione Reciproca tra Povertà e Salute Mentale nei Paesi a Basso e Medio Reddito

#### 2.1. Povertà e salute mentale

Il rapporto 2001 dell'Oms sulla salute mentale, che ha come sottotitolo *Mental health: new understanding new hope*, rappresenta un contributo fondamentale alla conoscenza della sofferenza mentale e alla definizione di linee guida tecnico-politiche nel campo della salute mentale. L'aspetto più rilevante del Rapporto è rappresentato dall'acquisita consapevolezza dell'enorme estensione del fenomeno della sofferenza mentale, delle sue ripercussioni sulla qualità di vita dei malati e delle loro famiglie e dei suoi costi, diretti e indiretti, per la società. Inoltre viene messa in luce, per la prima volta, l'esistenza di una forte correlazione tra condizione socio economica fragile e insorgenza/prevalenza del disturbo mentale. Tale riconoscimento chiama in causa direttamente i Paesi in Via di Sviluppo e i Paesi sviluppati.

Per tutti gli individui, gli aspetti mentali, fisici e sociali della salute sono fili vitali strettamente intrecciati e profondamente interdipendenti. Man mano che la conoscenza di queste relazioni cresce, diviene sempre più evidente che la salute mentale è cruciale per il benessere di tutti gli individui, delle società e dei paesi. Sfortunatamente, nella maggior parte del mondo la salute mentale e i disturbi mentali non sono considerati importanti quando la salute fisica. Anzi, sono stati largamente ignorati o trascurati. Il risultato è che il mondo soffre di un incremento del carico di disturbi mentali e di un ampliamento del "divario di trattamento". Oggi circa 450 milioni di persone nel mondo soffrono di un disturbo mentale (schizofrenia 24 milioni di malati, circa 20 milioni di persone tentano il suicidio e almeno 1 milione di loro riesce nel suo intento) o neurologico (50 milioni di persone soffrono di epilessia) o di problematiche psicosociali correlate all'abuso di alcool (70 milioni circa) o sostanze, ma solo una piccola minoranza di loro riceve anche le cure più basilari. Nei paesi in via di sviluppo, la maggior parte degli individui con gravi problemi mentali viene lasciata ad affrontare come meglio può i suoi problemi privati, come la depressione, la demenza, la schizofrenia o la dipendenza da sostanze. Complessivamente, molti vengono vittimizzati per la loro malattia e diventano bersaglio di stigma e discriminazione. Più del 40% dei paesi non ha una politica sulla salute mentale e oltre il 30% non ha un programma sulla salute mentale. Oltre il 90% dei paesi non ha una politica sulla salute mentale che includa bambini e

adolescenti. Inoltre, i piani sanitari spesso non considerano i disturbi mentali e del comportamento allo stesso livello di altre malattie, creando difficoltà economiche significative ai pazienti e alle loro famiglie. L'importanza della salute mentale è stata riconosciuta dall'OMS fin dalle sue origini, e questo si rispecchia anche nella definizione di salute della Costituzione dell'OMS: *"non solamente l'assenza di malattia o l'infermità"*, ma piuttosto, *"uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale"*. Negli ultimi anni questa definizione è stata messa a fuoco più nettamente attraverso gli enormi progressi nelle scienze biologiche e comportamentali. Queste a loro volta hanno esteso la nostra concezione del funzionamento mentale e della profonda relazione tra salute mentale, fisica e sociale. Grazie a queste nuove concezioni oggi sappiamo che la maggior parte delle malattie, mentali e fisiche, sono influenzate da una combinazione di fattori biologici, psicologici, sociali [Fig.1], sappiamo che toccano persone di tutte le età in tutti i paesi e che causano sofferenza alla famiglia e alla società, come anche agli individui, sappiamo che nella maggior parte dei casi, questi disturbi possono essere diagnosticati e trattati efficacemente. La salute mentale è stata definita in molti modi dagli studiosi delle diverse culture. Il concetto di salute mentale include un benessere soggettivo, la percezione di una propria efficienza, l'autonomia, la competenza, la dipendenza intergenerazionale, la realizzazione del potenziale intellettuale ed emotivo di ciascuno e molto altro. Se ci si pone in un'ottica interculturale è impossibile definire la salute mentale, in modo complessivo. Si concorda, comunque, che la salute mentale sia qualcosa di più dell'assenza di disturbi mentali e del comportamento.

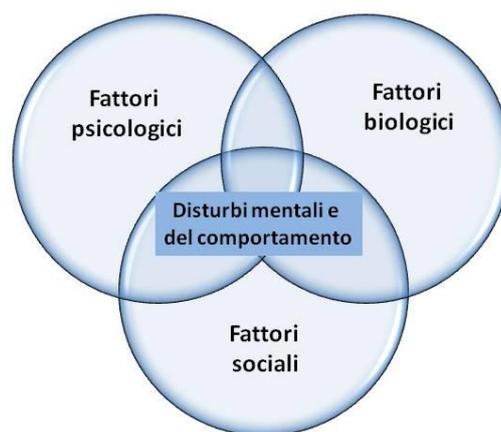


Figura 1- Interazione dei fattori biologici, psicologici e sociali nello sviluppo dei disturbi mentali

## **2.2. Il ruolo dei fattori sociali nella comprensione della salute mentale**

Benché fattori sociali come l'urbanizzazione, la povertà e i cambiamenti tecnologici siano stati associati con lo sviluppo di disturbi mentali e del comportamento, non ci sono ragioni per presumere che gli effetti dei cambiamenti sociali sulla salute mentale siano gli stessi per tutti i membri di una data società. I cambiamenti in genere esercitano effetti diversi, basati sullo status economico, il sesso, la razza e l'etnia.

La natura della moderna urbanizzazione potrebbe avere conseguenze deleterie per la salute mentale, per l'influenza degli agenti stressanti e degli eventi di vita sfavorevoli, come il sovraffollamento e l'inquinamento, la povertà e la dipendenza dal denaro, gli alti tassi di violenza e la riduzione del sostegno sociale (Desjarlais et al.1995). Approssimativamente metà della popolazione urbana dei paesi a basso e medio tenore di vita vive in povertà, e 10 milioni di adulti e bambini sono senza tetto. In alcune aree, lo sviluppo economico sta costringendo un crescente numero di abitanti a migrare verso le aree urbane in cerca di mezzi di sussistenza. Di solito la migrazione non porta ad un miglioramento del benessere sociale; piuttosto spesso conduce ad alte percentuali di disoccupazione e a condizioni di vita squallide esponendo gli immigrati agli stress sociali e ad un aumento del rischio di disturbi mentali a causa della mancanza di reti sociali. I conflitti, le guerre e le lotte civili sono così associati con percentuali più alte di problemi di salute mentale.

Anche la vita rurale per molte persone è carica di problemi. L'isolamento, la mancanza di trasporti e comunicazioni e le limitate opportunità educative ed economiche sono tra le più comuni difficoltà. Inoltre i servizi di salute mentale tendono a concentrare le risorse cliniche e le grandi competenze nelle grandi aree metropolitane, lasciando opzioni limitate per gli abitanti delle zone rurali nelle grandi aree metropolitane, lasciando opzioni limitate per gli abitanti delle zone rurali che necessitano di cure. Un recente studio sul suicidio negli anziani in alcune aree urbane e rurali della provincia di Hunan, Cina, ha mostrato una più alta percentuale di suicidi nelle aree rurali (88,3 per 100.000) che in quelle urbane (24,4 per 100.000) (Xu et al.2000). In un altro lavoro è stato riportato che la percentuale di depressione tra le donne rurali è più del doppio di quella stimata per le donne della popolazione generale. La relazione tra povertà e salute mentale è complessa e multidimensionale. Nella sua definizione più stretta, la povertà si riferisce alla mancanza di denaro o di beni materiali. Il significato più ampio, è forse più appropriato per la discussione collegata ai disturbi mentali e del comportamento. La povertà può essere concepita come una condizione di mezzi insufficienti, che includono la mancanza di risorse sociali ed educative. La povertà e le connesse condizioni come la disoccupazione, la scarsa educazione, le privazioni e la

mancanza di una casa, sono non soltanto diffuse nei paesi poveri, ma riguardano anche una considerevole minoranza di paesi ricchi.

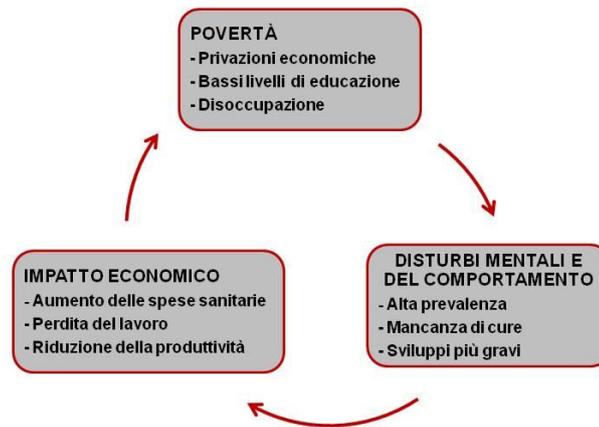


Figura 2- Il circolo vizioso della povertà e dei disturbi mentali

La povertà e le privazioni hanno una grande prevalenza all'interno dei disturbi mentali e del comportamento, incluso l'abuso di sostanze. Questa più alta prevalenza può essere spiegata sia da una più alta causa di disturbi fra i poveri sia dal fatto che i malati mentali sono più predisposti alla miseria. Sebbene ci siano state controversie su quale di questi due meccanismi sia la causa della più alta prevalenza negli ambienti poveri, l'evidenza immediata suggerisce che sono entrambi rilevanti (Patel 2011). Per esempio, la spiegazione basata sui fattori di rischio può essere più valida per i disturbi di ansia e depressivi, mentre la teoria dell'impovertimento può spiegare di più l'alta prevalenza di disturbi da uso di sostanze nei ceti poveri. Le due cause, però, non si escludono a vicenda: gli individui potrebbero essere predisposti ai disturbi mentali a causa della loro situazione sociale e coloro i quali sviluppano i disturbi potrebbero far fronte ad una ulteriore deprivazione come risultato del loro star male. Tale deprivazione include livelli minori di acquisizione educativa, disoccupazione e, in casi estremi, la mancanza di una casa. I disturbi mentali potrebbero causare invalidità gravi e intense, che sono spesso causa dell'incapacità di lavorare. Se i sostegni sociali di base non sono disponibili, com'è spesso il caso nei paesi in via di sviluppo senza agenzie di assistenza sociale organizzate, l'impovertimento si sviluppa rapidamente.

C'è anche la prova che il corso dei disturbi mentali e del comportamento è determinato dallo stato socio-economico dell'individuo. Questo fatto potrebbe essere il risultato di una mancanza complessiva di servizi di salute mentale unita agli ostacoli affrontati da alcuni

gruppi socioeconomici nell'accesso alle cure. I paesi poveri hanno pochissime risorse per la salute mentale e queste sono spesso inaccessibili ai segmenti più poveri della società. Persino nei paesi ricchi la povertà, in associazione con fattori come la mancanza di copertura assicurativa, i bassi livelli educativi, la disoccupazione e lo stato di minoranza in termini di razza, etnia e linguaggio, può creare barriere insormontabili alla cura. La disparità di trattamento per la maggior parte dei disturbi mentali è alta, ma nella popolazione povera diventa imponente.

Negli stati poveri, i molteplici ruoli che le donne svolgono nella società le espongono a un rischio maggiore di sviluppare disturbi mentali e comportamentali. Le donne continuano a sopportare il peso della responsabilità associata all'essere moglie, madre, all'educare e curarsi di altri, mentre costituiscono sempre più una parte essenziale della forza lavoro e in circa un terzo/un quarto delle famiglie esse sono la principale fonte di reddito. In aggiunta alla pressione posta sulle donne a causa dell'espansione e spesso della conflittualità dei ruoli, esse si trovano di fronte ad una considerevole discriminazione sessuale in associazione con la povertà, la fame, la malnutrizione, il troppo lavoro e violenze sessuali e domestiche.

Nei paragrafi successivi si descriveranno i risultati provenienti dalle evidenze empiriche che maggiormente hanno contribuito ad approfondire la comprensione dell'associazione tra povertà e disturbo mentale e della natura circolare e reciproca di tale relazione.

### **2.3. Analisi delle associazioni tra povertà e salute mentale nei paesi a medio e basso reddito**

Quando si intende analizzare il rapporto tra povertà e salute mentale nei paesi a basso e medio reddito generalmente ci si riferisce ai disturbi mentali comuni (CMD).

Il termine Disturbi Mentali Comuni<sup>7</sup>(CMD) è stato da Goldberg e Huxley (1992) per descrivere i disturbi che più comunemente si rilevano negli studi *community based* di tipo epidemiologico. I disturbi mentali comuni (CMD), che includono depressione, ansia e disturbi somatoformi, (escludendo i disturbi psicotici o a causa organica) contribuiscono significativamente ad aumentare il peso della malattia e della disabilità nei Paesi a medio e basso (LMIC) (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, e Murray, 2006; WHO, 2001). La discussione in letteratura sull'entità della forza di questo rapporto è relativamente recente. I primi e più importanti lavori sono recensioni realizzate su studi epidemiologici in Brasile, Cile, India e Zimbabwe (Patel et al., 1999) e su altri 11 studi in diversi LMIC (Patel & Kleinman, 2003).

---

<sup>7</sup> D'ora in poi CMD

Questi suggeriscono che i CMD sono fortemente associati a bassi livelli di istruzione e basso status socio-economico, così come a fattori quali un rapido cambiamento sociale, la violenza e l'insicurezza sociale, inoltre tale associazione è particolarmente evidente sulla popolazione femminile. Tuttavia, altri studi hanno rilevato che il livello dei consumi (definito come spesa pro-capite delle famiglie) e il livello di istruzione, non presentano alcuna associazione coerente con gli indicatori di disturbo mentale (Das, Do<sup>8</sup>, Friedman, McKenzie, e Scott, 2007). Il dibattito riguardante la coerenza e la forza dell'associazione tra CMD e povertà è particolarmente importante, non solo per ragioni concettuali. L'individuazione di una chiara associazione tra malattia mentale e povertà nei LMIC rafforzerebbe la volontà delle Organizzazioni di sviluppo internazionali di inserire la salute mentale nell'agenda degli obiettivi di sviluppo del millennio (OSM) (Miranda & Patel, 2005; Sachs & Sachs, 2007). Dall'altra parte, una debole associazione potrebbe suggerire che indirizzare gli interventi sui fattori sociali presunti determinanti di CMD eserciterebbe un effetto limitato (Das et al., 2007). Suggerendo che gli interventi potrebbero essere orientati opportunamente sulla tutela degli individui e delle famiglie da eventi avversi (Das et al., 2007), nonché sulla prevenzione secondaria e terziaria. Questo dibattito ha avuto luogo sullo sfondo di un campo relativamente ben definito per quanto riguarda lo studio della povertà e della salute mentale nei paesi ad alto reddito (HIC) (Saraceno & Barbui, 1997; Saraceno, Levav, e Kohn, 2005). La disoccupazione (Weich & Lewis, 1998); le caratteristiche di un quartiere disagiato (Truong & Ma, 2006), il basso livello di reddito, d'istruzione, di classe sociale e di stato socio-economico (SES) (Lorant et al, 2003.) si sono dimostrate essere variabili associate a conseguenze negative sulla salute mentale nei paesi ricchi.

### 2.3.1. La direzione di causalità

Ciò che non è ancora chiaro, è il senso dell'associazione tra povertà, basso livello di istruzione e disturbo psicologico, ovvero la direzione causale.

La teoria principale alla base dei meccanismi di questo rapporto è genericamente divisa in due ipotesi:

- a) l'ipotesi di "*causalità sociale*" secondo cui le condizioni di povertà, come lo stress e l'aumento degli eventi negativi nella vita, peggiorino le condizioni di salute fisica, riducano l'accesso alle cure sanitarie e aumentino lo stigma e per questo sono considerati fattori determinanti per il peggioramento o il mantenimento dei disturbi mentali;

b) l'ipotesi della "*selezione sociale*" o "*deriva sociale*" secondo cui le persone che convivono già con la malattia mentale sono destinate ad andare alla deriva e a rimanere in condizioni di povertà, come risultato di un aumento delle spese di cura, e la perdita di un'occupazione (Dohrenwend et al, 1992;. Saraceno et al,2005).

Wilkinson ha sottolineato (1996) ci sono forti argomentazioni contro la causalità inversa (deriva sociale) quando si considera il rapporto tra malattie e distribuzione del reddito. Egli afferma che: “ *Se la freccia della causalità è puntata in quella direzione, saremmo costretti a dire che la salute è uno dei più importanti determinanti della distribuzione del reddito. Non solo ciò è contrario alla teoria economica, ma si scontra con la nozione di senso comune dell'influenza sulla distribuzione del reddito, dell'occupazione e della disoccupazione, i profitti, le tasse e i benefits*”.

Gli psicologi concettualizzano la povertà come una situazione con un certo numero di conseguenti condizioni che individualmente o collettivamente influenzano lo sviluppo dell'individuo, rendendo gli individui meno in grado di sconfiggere la povertà con lo sforzo personale (Sinha, 1997).

La Figura 2 “Il circolo vizioso della povertà”, presentata in precedenza, presenta un modello che fornisce una base per spiegare l'associazione ed i fattori di collegamento tra povertà e disordine psicologico. E' chiaro che questo non è un rapporto unidimensionale e unidirezionale, ma è si tratta di un rapporto circolare dinamico e interattivo. Inoltre, il potenziale stress imposto dalla povertà assoluta può essere sensibilmente diverso da quello di povertà relativa.

E' evidente, infatti, che l'impatto psicologico della povertà relativa è il risultato degli effetti delle circostanze psicosociali connessi con la posizione sociale sia indiretti (ad esempio aumento di esposizione a fattori di rischio comportamentali dovuti a stress psicosociale) che diretti (per esempio gli effetti fisiologici dello stress cronico mentale e emotivo). Il meccanismo coinvolto è quello del confronto cognitivo in cui le persone siano rese consapevoli delle enormi differenze di status socio-economico che prevalgono, e la conoscenza di come il più ricco benefici di un benessere psicosociale e, quindi, di un buon stato di salute generale (Wilkinson, 1997).

Poiché la maggioranza degli studi realizzati è di tipo trasversale, è difficile trarre conclusioni chiare per quanto riguarda la direzione del povertà in relazione ai CMD, tuttavia la maggioranza dei risultati è coerente con la concettualizzazione di un "circolo vizioso della povertà e della salute mentale" (Patel, 2001). In questo modello, le persone che vivono in povertà sono a maggior rischio di CMD nei PVS, a causa dell'esclusione sociale, di fattori di

stress elevati, della malnutrizione, dell'aumento del rischio di violenza e del trauma, tutti fattori responsabili di una maggiore prevalenza di disturbi mentali (Saraceno & Barbui, 1997). Al contrario, le persone con CMD hanno maggiori probabilità di trovarsi a vivere in condizioni di povertà a causa delle costose spese sanitarie, della riduzione della produttività, della perdita di occupazione, dell'abbandono scolastico, del ridotto sostegno sociale e dello stigma sociale generalmente associato a queste condizioni (Patel & Kleinman, 2003).

Tuttavia le evidenze degli studi a coorte (longitudinali), sembrano sostenere la relazione causale in direzione della povertà, vale a dire, che alcune condizioni di povertà (livello di istruzione particolarmente basso, insicurezza alimentare e stress finanziario) possono comportare come effetto l'insorgenza di CMD. La direzione diviene più ambigua quando si considerano variabili come il reddito, l'occupazione e il livello di consumo delle famiglie. Tuttavia è bene sottolineare che le associazioni rilevate dagli studi di coorte sono particolarmente forti (O.R. > 2). Anche nei paesi ad alto reddito, le evidenze sembrano sostenere maggiormente la teoria della causalità sociale, ad eccezione di malattie come la schizofrenia, che, invece, meglio si adatta alla teoria della "selezione sociale" o "deriva sociale" (Dohrenwend et al, 1992; Saraceno & Barbui, 1997). Tuttavia, l'assenza di evidenze di studi di coorte che hanno esplorato l'impatto della CMD sullo stato di povertà non è una prova dell'assenza di questo tipo di percorso causale.

### 2.3.2. Le variabili mediatrici e moderatrici

Alla luce dei risultati apparentemente contraddittori provenienti dalla letteratura esistente sui LMIC e sul rapporto complesso tra povertà e salute mentale, verranno presentati i contributi principali (Patel et al, 1999)<sup>9</sup> utili a chiarire ulteriormente il rapporto tra povertà e CMD nei LMIC. In particolare, lo scopo è quello di descrivere gli indicatori di povertà più predittivi di questa relazione e la forza e la natura delle variabili mediatrici e moderatrici in grado di condizionarla.

---

<sup>9</sup> Patel V., Arayac R., De Lima M., Ludermire A., Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies *Social Science & Medicine* 49 (1999) 1461±1471

2.3.2.1. *Indicatori della Povertà*

*Basso livello di reddito*

La povertà e le condizioni di disoccupazione associate, un basso livello di organizzazione, la deprivazione e la mancanza di un tetto non sono diffuse soltanto nei paesi poveri, ma toccano anche una considerevole minoranza di paesi ricchi. I dati provenienti dalle indagini internazionali in Brasile, Cile, India e Zimbabwe mostrano che i disturbi mentali tra i poveri sono circa il doppio che tra i ricchi (Patel et al 1999). Negli Stati Uniti i bambini delle famiglie più povere sono maggiormente a rischio di disturbo mentale, in una proporzione di 2,1 a 1 per un anno e di 1,4 a 1 per tutto l'arco della vita (Khon et al 1990 ). Risultati simili sono stati ottenuti da recenti studi svolti in Nord America, America Latina ed Europa (WHO International Consortium of Psychiatric Epidemiology 2000 ) .

E' anche evidente che il corso dei disturbi è determinato dallo status socioeconomico degli individui (Kessler et al. 1994; Saraceno & Barbui 1997). Questo potrebbe essere un risultato di variabili legate ai servizi, inclusi gli ostacoli nell'accesso alle cure. I paesi poveri hanno poche risorse per le cure di salute mentale e quelle che hanno sono spesso inaccessibili ai segmenti più poveri della società. Anche nei paesi ricchi, la povertà e i fattori associati, come la mancanza di coperture assicurative e la disoccupazione creano barriere insormontabili all'assistenza. La disparità di trattamento per la maggior parte dei disturbi mentali è grande, ma per la popolazione povera è imponente. Un'attenzione particolare deve essere riservata al fenomeno del debito: in molti PVS, infatti, la mancanza di riconoscimento della dignità del credito da parte delle banche tradizionali, ha portato i più poveri a indebitarsi con gli usurai locali. I tassi di interesse esorbitanti impongono l'estinzione del debito non solo alla famiglia, ma anche alle generazioni successive. Un'ulteriore prova a conferma di questo rapporto è data da una recente ondata di suicidi da parte degli agricoltori nello Stato indiano di Andhra Pradesh, dove la stagione di raccolto è andata male e gli agricoltori erano profondamente in debito con usurai locali.

*Basso livello di istruzione*

Le evidenze rilevano chiare associazioni tra basso livello di istruzione e CMD. In termini di salute pubblica, la più potente implicazione di questi risultati risiede nel fatto che un basso livello di istruzione è un fattore di rischio che opportune politiche sociali sarebbero in grado di prevenire; tuttavia è importante riconoscere che l'indicatore chiave non è tanto la percentuale di bambini che frequenta la scuola primaria, ma piuttosto la percentuale di

bambini che non riesce a completare gli anni minimi per ottenere un diploma di scuola secondaria (10 ± 12 anni nella maggior parte dei paesi). Questo è un punto di riferimento particolarmente significativo del livello di benessere di una società, infatti, senza un numero di anni di scolarizzazione minimo, non è possibile prospettare il proseguimento di studi di istruzione superiore o la conquista di un impiego lavorativo.

#### 2.3.2.2. *Genere*

Negli studi sulla prevalenza, la causa e il corso dei disturbi mentali e del comportamento è stata dedicata un'attenzione maggiore alle differenze sessuali. Nei secoli passati è stata notata un'alta proporzione di donne tra i ricoverati dei manicomi e di altre strutture di assistenza, ma non è chiaro se vi fosse una maggiore prevalenza dei disturbi tra le donne o se venissero istituzionalizzate in percentuale maggiore degli uomini.

Recenti studi di comunità, utilizzano metodologie valide, hanno rilevato alcune interessanti differenze. La prevalenza globale dei disturbi mentali e del comportamento non sembra essere diversa tra uomini e donne. I disturbi d'ansia e i disturbi depressivi, comunque, sono più comuni nelle donne, mentre l'uso di sostanze e il disturbo antisociale di personalità sono più comuni fra gli uomini (Gold 1998). Quasi tutti gli studi hanno presentato una più alta prevalenza dei disturbi d'ansia e depressivi fra le donne: in genere la proporzione riscontrata è tra 1,5 a 1 e 2 a 1. Questi risultati sembrano essere validi sia nei paesi sviluppati sia in quelli in via di sviluppo (Patel et al. 1999; Pearson 1995). È interessante notare che le differenze sessuali nella percentuale di depressione sono fortemente legate all'età; le differenze più elevate compaiono nella vita adulta, mentre non se ne riscontrano nell'infanzia e ve ne sono molto poche nella vecchiaia.

Sono state proposte molte spiegazioni per questa più alta prevalenza dei disturbi d'ansia e depressivi tra le donne. Certamente giocano un ruolo importante i fattori generici e biologici, come indicato in particolare dalla stretta relazione temporale tra l'alta prevalenza e l'età in cui la donna è in periodo riproduttivo, con gli associati cambiamenti ormonali. Sono state ben documentate le oscillazioni dell'umore legate ai cambiamenti ormonali come parte del ciclo mestruale e conseguenti alla nascita dei figli. Certamente, la depressione che segue di pochi mesi il parto può rappresentare l'inizio dei disturbi depressivi ricorrenti. I fattori psicologici e sociali sono, comunque, significativi anche per le differenze di sesso: gli agenti stressanti potrebbero essere più numerosi per le donne, o percepiti da esse in maniera più disturbante. Il ruolo tradizionale della donna in società la espone a maggiori stress e la rende più difficile adattarsi ai cambiamenti ambientali.

Un'altra motivazione per la differenza tra uomini e donne nella frequenza dei disturbi mentali è l'alto tasso di violenza domestica e sessuale a cui la donna è esposta. La violenza sessuale è stata riscontrata in tutte le parti del mondo e sono le donne a sostenere il peso maggiore (Who 2000b). Una rassegna di studi (WHO 1997a) ha rilevato che la prevalenza nell'arco della vita di violenza domestica è tra il 16% e il 50%. Anche la violenza sessuale è molto comune; è stato stimato che una donna su cinque ha subito un tentativo di violenza o una stupro nell'arco della sua vita. Questi eventi traumatici hanno le loro conseguenze psicologiche e i disturbi d'ansia o depressivi sono fra le più frequenti. Un recente studio in Nicaragua ha scoperto che le donne con stress emotivo denunciano violenze coniugali con una percentuale sei volte maggiore delle donne senza questi stress. Inoltre, le donne che avevano avuto abusi nell'ultimo anno della loro vita andavano incontro a stress emotivi 10 volte di più delle donne senza alcuna esperienza di abuso.

Lo studio multicentrico dell'OMS sulla salute della donna e la violenza domestica *Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence* e il *World Studies of Abuse in Family Environments* (WorldSAFE) dell' *International Network of Clinical Epidemiologists* (INCLEN 2001) stanno indagando la prevalenza e le conseguenze sanitarie per le donne con partner violenti in campioni di popolazioni in diversi contesti. In entrambi gli studi, alle interessate è stato chiesto se avevano mai contemplato o preso in considerazione l'idea del suicidio. I risultati preliminari indicano una relazione significativamente alta tra violenze e l'idea del suicidio. Più avanti è stato trovato lo stesso modello significativo per la violenza sessuale da sola e in combinazione con quella fisica.

Al contrario dei disturbi depressivi e d'ansia, gravi disturbi mentali come la schizofrenia e i disturbi affettivi bipolari non mostrano chiare differenze nell'incidenza o nella prevalenza. La schizofrenia, comunque, sembra avere negli uomini un esordio precoce e un decorso più invalidante. Quasi tutti gli studi dimostrano che l'uso di sostanze e il disturbo antisociale di personalità sono molto più comuni tra gli uomini che tra le donne.

La comorbilità è più frequente fra le donne che fra gli uomini. Molto spesso prende la forma di una compresenza di disturbi depressivi, di ansia e somatoformi, questi ultimi definiti come la presenza di sintomi fisici che sono giustificati da una malattia corporea. Ci sono prove che le donne riportano un più alto numero di sintomi fisici e psicologici degli uomini. C'è anche l'evidenza che la prescrizione di farmaci psicotropi è più evidente nelle donne: tali farmaci includono ansiolitici, antidepressivi, sedativi, sonniferi e antipsicotici. Questo elevato uso di droghe potrebbe essere in parte spiegato dall'alta prevalenza di disturbi mentali comuni e da un alto tasso di comportamenti di ricerca d'aiuto. Un fattore significativo è il comportamento del medico, per il quale è più facile prescrivere una medicina che affrontare una situazione

psicosociale complessa che richiederebbe un intervento psicologico. La più alta prevalenza dell'uso di sostanze e del disturbo antisociale di personalità tra gli uomini è confermata in tutto il mondo. Comunque in molte zone del mondo l'uso di sostanze sta crescendo anche fra le donne.

Sono essenzialmente le donne a occuparsi dei malati mentali in famiglia. Ciò sta diventando un fatto sempre più cruciale, dato che sono sempre di più gli individui con disturbi mentali cronici che vengono assistiti dalle comunità. Riassumendo, i disturbi mentali hanno chiare determinazioni sessuali che devono ancora essere ben comprese e indagate nel contesto di una valutazione dell'impatto totale.

### *2.3.2.3. Età'*

L'età è un importante discriminante dei disturbi mentali. Quelli che si scatenano durante l'infanzia e l'adolescenza sono stati brevemente descritti sopra. Le persone anziane sono, anch'esse, particolarmente vulnerabili. Oltre al morbo di Alzheimer, parecchi disturbi del comportamento o mentali si osservano nelle persone anziane. Come regola generale, la prevalenza di alcuni disturbi tende ad aumentare con l'età. Questo è in particolare il caso della depressione. Il disturbo depressivo è frequente nelle persone anziane. Si è constatato che dall'8% al 20% delle persone anziane assistite nelle comunità e il 37% di quelle curate nei servizi di assistenza primaria soffrono di depressione. Un recente studio su un campione di persone di più di 65 anni ha mostrato che l'11,2% di queste erano depresse (Newmann et al.1998). Un altro recente studio ha rivelato una prevalenza puntuale dei disturbi depressivi del 4,4% tra le donne e del 2,7% tra gli uomini, ma le cifre corrispondenti alla prevalenza su tutto l'arco della vita sono 20,4 % e 9,6%. La depressione è più frequente fra le persone anziane fisicamente disabilite (Katoma & Livinghston 2000 ) e aggrava ulteriormente la loro invalidità. I disturbi depressivi passano inosservati più tra le persone di mezz'età che fra gli adulti più giovani perché sono spesso considerati a torto come una conseguenza dell'invecchiamento.

L'età avanzata è fortemente associata ai CMD e ciò ha importanti implicazioni per i PVS in cui la durata della vita media sta gradualmente aumentando così come la percentuale di anziani a fronte della diminuzione delle nascite. I gruppi a basso reddito sono più vulnerabili all'insorgenza di CMD, indipendentemente dallo stato generale di sviluppo della società a cui appartengono. Questo risultato, infatti, è coerente con quelli rilevati nei paesi sviluppati (Weich e Lewis, 1998).

### 2.3.3. Il contributo scientifico alla comprensione dell'intreccio

Tra gli studi più rilevanti sull'argomento si inseriscono i lavori di Patel e Kleinman (Patel et al 2003; Patel et Al. 2010)<sup>10</sup>, che su commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), hanno realizzato diverse reviews sistematiche della letteratura epidemiologica nei LMIC. Nonostante l'eterogeneità degli studi, la letteratura mostra una tendenza relativamente costante in cui i CMD sono associati con le diverse dimensioni della povertà nei LMIC. Tra gli studi *community based* che hanno utilizzato l'analisi multivariata, il 79% ha riportato associazioni positive tra varie misure di povertà e i CMD e il 6% ha riferito associazioni negative. Tuttavia, ci sono importanti differenze nella consistenza e nella forza dell'associazione tra povertà e CMD, in base ai diversi indicatori di povertà. Mentre le variabili come l'istruzione, l'insicurezza alimentare, alloggio, classe sociale, SES e stress finanziario mostrano un'associazione relativamente forte e coerente con i CMD, altri come il reddito, l'occupazione e in particolare il livello di consumo sono più equivoci. Tale considerazione può fornire una spiegazione agli studiosi che hanno messo in dubbio l'associazione tra povertà e malattie mentali in LMIC (Das et al., 2007). Ad esempio, nel caso del reddito, nonostante la maggior parte degli studi abbia mostrato una significativa associazione tra basso reddito e CMD, non è ancora possibile definire chiaramente questa tendenza a causa dell'esistenza di una piccola parte di studi che, al contrario, non rileva associazioni significative. Si noti che gli studi che non rilevano associazioni non usano analisi multivariate e che, spesso, la povertà relativa, improvvisi cambiamenti del livello di reddito, eventi di vita negativi e lo stress associato al basso reddito, possono essere predittori più forti dello stato di salute mentale, rispetto alla povertà assoluta, in particolare quando sono controllate le altre variabili (Myer, Stein, Grimsrud, Seedat, & Williams, 2008; Patel & Kleinman, 2003). Inoltre, bisognerebbe essere cauti nell'interpretare le associazioni nulle ottenute tramite le analisi multivariate: l'indebolimento di un' associazione può indicare, infatti, che variabili come l'istruzione, l'alloggio, l'insicurezza alimentare e il SES sono mediatori del rapporto tra reddito e CMD.

La maggior parte degli studi esaminati, dunque, ha rilevato associazioni positive tra una vasta gamma di indicatori di povertà e i CMD.

Tuttavia, un esame delle specifiche dimensioni della povertà ha rivelato un quadro complesso, segnale di variazioni sostanziali per ognuna delle dimensioni esaminate. Mentre variabili

---

<sup>10</sup> Patel et al (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 81:609-615.

come l'istruzione, l'insicurezza alimentare, l'alloggio, la classe socio-economica e lo stress finanziario mostrano un'associazione relativamente coerente e forte con i CMD, altre variabili, come il reddito, lo stato occupazionale e in particolare il livello di consumo, sono più equivoci. Esistono diverse misurazioni e fattori relativi alla popolazione che possono spiegare la variazione esistente nel rapporto tra povertà e CMD. L'obiettivo è dunque l'individuazione delle dimensioni specifiche della povertà in cui tale associazione è più forte o debole.

#### *Fattori di misura*

Generalmente gli studi che valutano i CMD nei Paesi a basso medio reddito utilizzano varie misure: principalmente il *General Health Questionnaire* (GHQ) (sia la versione breve, sia la versione completa), il *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) e la *Revised Clinical Interview Schedule* (CIS-R). Per valutare specificatamente la depressione vengono utilizzati più frequentemente: la *Postnatal Edinburgh Depression Scale* (DAP), il *Beck Depression Inventory* (BDI) e la *Centre of Epidemiologic Studies-Depression Scale* (CES-D). Inoltre per rilevare disturbi depressivi o di ansia secondo i criteri del DSM-IV, dell'ICD-10 o del DSM III-R vengono utilizzati strumenti diagnostici strutturati come la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI).

Le ragioni alla base delle differenze nella consistenza dell'associazione tra CMD e la povertà sono un importante punto di discussione, poiché potrebbero essere dovute allo strumento di misurazione e a fattori specifici della popolazione.

Gli studi che valutano le CMD nel loro complesso mediante strumenti di screening come il SRQ-20, il GHQ e l'EPDS, sembrano mostrare associazioni più coerenti rispetto agli studi che utilizzano strumenti più complessi, mediante screening diagnostici adatti ad individuare i disturbi individuali come il CIDI.

Gli studi che utilizzano il SRQ-20 mostrano spesso una relazione positiva tra CMD (tra cui la depressione) e un basso livello di educazione tramite l'analisi bivariata, mentre solo una parte degli studi che utilizzano il CIDI registrano un'associazione positiva tra queste variabili. Ciò può indicare che l'associazione dei CMD con la povertà può essere più forte se consideriamo i CMD nel loro complesso e non le loro singole categorie diagnostiche come l'ansia o la depressione. Le misure più ampie, infatti, possono valutare il livello di "disagio psicologico", mentre strumenti diagnostici più specifici sono in grado di rilevare disturbi di tipo biologico, che chiaramente, hanno meno probabilità di essere determinati da variabili sociali. Inoltre, la significatività dell'associazione varia sulla base degli indicatori selezionati per rappresentare le dimensioni della povertà: ad esempio il livello di reddito può essere misurato considerando

il reddito familiare, il reddito personale, il reddito annuale o mensile; Queste variazioni rendono difficile confrontare i risultati dei diversi studi e trarre conclusioni coerenti.

#### *Fattori di popolazione*

Oltre ai fattori di misurazione, esiste un vasto numero di fattori specifici della popolazione che possono spiegare la variabilità nelle associazioni. Possiamo distinguerli in fattori prossimali e fattori distali.

Tra i fattori prossimali possiamo includere:

- a) *l'appartenenza di genere*: gli studi indicano che le donne sono più propense degli uomini ad avere CMD in LMIC e che le donne che vivono in condizioni di povertà sono particolarmente vulnerabili;
- b) *la salute fisica*: partecipa alla relazione causale tra povertà e CMD e ne influenza la variabilità nel rapporto;
- c) *i singoli fattori genetici e psicologici*: sono fondamentali nel mediare la misura in cui le variabili di povertà, come la perdita improvvisa di reddito, si traducano in sintomi di disturbi mentali, come ad esempio l'umore depresso, scarsa concentrazione, insonnia e affaticamento associato con la depressione maggiore;

Tra i fattori distali includiamo:

- a) *l'accesso alle cure sanitarie*: può influenzare il rapporto tra povertà e CMD. Un accesso inadeguato alle cure sanitarie può incidere negativamente sullo stato di salute mentale, esistono molte evidenze sull'elevato grado di comorbilità esistente tra disturbi fisici e disturbi mentali, ed come aumenti il rischio di avere problemi di salute fisica tra le persone che vivono in condizioni della povertà;
- b) *la presenza o l'assenza di violenza*, tra cui conflitti civili, la criminalità e la violenza domestica: influenzano il grado di vulnerabilità delle popolazioni povere ai CMD
- c) *La disuguaglianza di reddito*: può essere un fattore che rischia di influenzare la relazione tra povertà e CMD. Ad esempio, i paesi come il Cile e Brasile, con alti livelli di disuguaglianza (gap) mostrano forti associazioni tra i parametri relativi alla povertà e salute mentale. Al contrario, i setting con strati socioeconomici relativamente omogenei, come l'Etiopia e la Nigeria mostrano associazioni relativamente deboli.
- a) *l'urbanizzazione*: le popolazioni in fase di rapida urbanizzazione potrebbero essere più vulnerabili a disturbi mentali attraverso fattori come il sovraffollamento, inadeguatezza alloggi, la criminalità, la disoccupazione, crollo della famiglia tradizionale strutture, condizioni ambientali pericolose e insufficienti l'accesso all'acqua potabile, servizi igienico-sanitari, istruzione, sanità e altri di base servizi

- b) *le variabili culturali* legate alla povertà sono legate al contesto specifico e dipendono dal significato sociale ed economico attribuito ad essi (Sabin et al., 2003).
- c) *fattori macroeconomici* legati al contesto possono avere un impatto sostanziale su tutti gli indicatori di povertà: situazioni come la crisi economica 1999 e 2002 in Argentina e nello Zimbabwe, la crisi finanziaria asiatica del 1997 sono responsabili della relazione tra salute mentale e povertà in questi paesi durante questi periodi.

*Il dibattito scientifico tra Do e Corrigan: “Mental health and poverty in developing countries: Revisiting the relationship”*

Sull'argomento è particolarmente famoso il dibattito scientifico avvenuto tra Das, Do, Friedman e Mc Kenzie e Patel e Corrigan, tale “scontro” rappresenta le divergenze su larga scala di fazioni scientifiche contrapposte. Presenteremo qui il dibattito come esempio rappresentativo di tale divergenza.

Nello studio di Do et al (2007)<sup>11</sup> viene dimostrata l'inconsistenza dell'associazione tra salute mentale e povertà. Analizzando i dati provenienti da un'inchiesta rappresentativa delle famiglie a livello nazionale della Bosnia-Herzegovina, Indonesia, Messico, India e Tonga, gli autori hanno confermato alcune correlazioni già note come quelle tra l'età avanzata, il genere femminile, le precarie condizioni di salute e CMD. Tuttavia, in contrasto con gli studi precedenti, la relazione tra alti livelli di educazione e la salute mentale è debole o addirittura inesistente. Inoltre, non è stata trovata una solida associazione tra povertà (intesa come basso livello di consumo) e salute mentale. Secondo gli autori cambiamenti improvvisi nella vita degli individui possono avere sulla salute mentale un impatto maggiore dei livelli di povertà.

In conseguenza di ciò, la questione irrisolta della direzione causale nell'associazione tra povertà e salute mentale, rischia di andare in una direzione del tutto diversa superando la dicotomia tra Teoria della Causa Sociale e Teoria della Selezione Sociale. L'opinione degli autori è che il rapporto tra queste variabili potrebbe anche semplicemente riflettere fattori terzi collegati sia alla povertà sia al disturbo mentale. Ad esempio, le persone povere sono più vulnerabili e hanno maggiore probabilità di sperimentare esperienze di vita stressanti come l'esposizione alla violenza fisica e a condizioni di salute precarie, riconosciuti da sempre come fattori di rischio per l'insorgenza di disturbi di salute mentale (Patel & Kleinman, 2003).

---

<sup>11</sup> Jishnu Das, Quy-Toan Do, Jed Friedman, David McKenzie, Kinnon Scott *World Bank, Development Economics Research Group, Washington, DC, USA* Mental health and poverty in developing countries: Revisiting the relationship *Social Science & Medicine* 65 (2007) 467–480

Questo aspetto sottolinea l'importanza dell'uso dell'analisi multivariata, che permette di controllare l'influenza della maggior parte molti di questi fattori terzi nell'esame dell'associazione principale.

Gli autori ritengono dunque che le risorse dovrebbero essere indirizzate soprattutto verso il miglioramento della salute mentale di coloro che hanno sperimentato eventi avversi, e malattie fisicamente debilitanti.

La risposta immediata di Corrigan e Patel (2008)<sup>12</sup> si riferisce alla necessità di distinguere tra variabili definite “a valle” e variabili “a monte”. Da un punto di vista meramente statistico, variabili “a valle” come una scarsa salute fisica mostreranno sempre dimensioni degli effetti più ampi rispetto alle variabili “a monte”, come la povertà, poiché questi ultimi fattori esercitano il loro effetto attraverso un certo numero di fattori “a valle”. In questo caso, dunque l'ampiezza dell'effetto non dovrebbe essere interpretata come una maggiore influenza nel nesso causale, in quanto la presenza del fattore a valle potrebbe essere fortemente dipendente dal fattore a monte, ad esempio, se modellassimo i risultati di HIV e regolassimo per sesso sicuro (a valle), allora la povertà (a monte) non sarebbe più un forte fattore determinante del virus dell' HIV. Secondo gli autori, dunque, fattori come la scarsa salute fisica, lo stato di vedovanza e gli eventi avversi possono con molta probabilità essere mediatori dell'associazione povertà-salute mentale. Il secondo punto di discussione è la misura di povertà utilizzata da Do et al. La rilevazione dei consumi famigliari, può essere molto utile nelle indagini economiche, ma in questo contesto può risultare problematica poiché il rapporto tra la spesa famigliare e la malattia mentale può essere confuso con il debito delle famiglie, che è indipendentemente associato alla malattia mentale (Araya, Lewis, Rojas, e Fritsch, 2003). Nei PVS vi sono maggiori probabilità che il debito rientri nella valutazione delle spese famigliari complessive.

Aldilà dell'appassionante dibattito accademico è bene ricordare che le conclusioni degli studi empirici hanno importanti implicazioni per la politica nazionale e internazionale. C'è il rischio, infatti, che i responsabili politici possano interpretare i risultati negativi di alcuni studi come la prova che gli interventi focalizzati sulla riduzione della povertà, possano avere un impatto limitato sulla salute mentale delle popolazioni. Dati recenti dimostrano, infatti, che le pratiche di riduzione della povertà possano portare benefici alla salute mentale delle popolazioni (Plagerson, De Silva, Harpham, & Patel, 2011). Viceversa c'è il rischio che sia sottovalutato il ruolo della cattiva salute mentale nel mantenimento la povertà.

---

<sup>12</sup> Corrigan J., Lund C., Patel V., Plagerson S., Funk M.K. (School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, South Africa) Poverty and mental illness: Fact or fiction? A commentary on Das, Do, Friedman, McKenzie & Scott (65:3, 2007, 467e480) *Social Science & Medicine* 66 (2008) 2061e2063

#### **2.4. Psicologia della Povertà'**

Il quadro presentato nei paragrafi precedenti rende evidente l'urgenza e l'importanza di promuovere e sostenere la ricerca, soprattutto psicologica, rispetto a queste tematiche. Sebbene la conoscenza dei disturbi mentali e del comportamento sia aumentata nel corso degli anni, restano ancora molte variabili sconosciute che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi mentali, al loro corso e al loro effettivo trattamento. La collaborazione tra approcci e conoscenze disciplinari diverse (psicologia, economia, antropologia, ecc) faciliterà la produzione di conoscenza per aiutare a capire meglio l'epidemiologia dei disturbi mentali e l'efficacia, la potenzialità e il rapporto costo-efficacia dei trattamenti, dei servizi e delle politiche.

I dati epidemiologici sono essenziali per stabilire le priorità sia nella salute generale sia in quella mentale e per progettare e valutare gli interventi di sanità pubblica. C'è ancora un'insufficiente informazione sulla prevalenza e sul peso dei maggiori disturbi mentali e del comportamento in tutti i paesi, particolarmente nei paesi in via di sviluppo. Allo stesso modo, gli studi longitudinali che esaminano il corso dei maggiori disturbi mentali e del comportamento e le relazioni con gli aspetti sociali, genetici, economici e altre determinanti ambientali risultano insufficienti.

In molti paesi in via di sviluppo, c'è una notevole mancanza di ricerca scientifica sull'epidemiologia, sui servizi, sul trattamento, sulla prevenzione, sulla promozione e sulla politica della salute mentale. Senza queste ricerche non ci sono basi razionali per guidare la pianificazione e l'intervento. Nonostante alcune somiglianze tra i paesi nei problemi e nei servizi mentali, il contesto culturale in cui questi si manifestano può cambiare sostanzialmente. Così come i programmi devono essere culturalmente aggiornati, altrettanto deve essere fatto per le ricerche. Gli strumenti e i metodi di ricerca non possono essere importanti da un paese all'altro senza un'accurata analisi dell'influenza e degli effetti dei fattori culturali sulla loro attendibilità e validità.

L'OMS ha sviluppato un numero di strumenti e metodi di ricerca transculturali che include il Present State Examination (PSE), la Schedule for Comprehensive Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), il Composite International Diagnostic Interview (CIDI) il Self Reporting Questionary (SRQ), l'International Disorder Examination (IPDE), il Diagnostic Criteria for Research (DCR), il World HEALTH Organization Disability Assesment Schedule (WHODAS), il World HEALTH Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL). Questi e altri strumenti scientifici devono essere sviluppati ulteriormente per permettere un

valido confronto internazionale che aiuti a comprendere le somiglianze e le differenze nella natura dei disturbi mentali e della loro gestione nelle diverse culture.

#### **2.4.1. Il contributo dell'American Psychological Association (APA)**

Nell'agosto del 2000 l'Associazione degli Psicologi Americani (APA) ha stilato una sorta di dichiarazione di intenti "*Resolution on Poverty and Socioeconomic Status*" relativamente all'entità e alla specificità del contributo che la suddetta categoria professionale intende dare alla risoluzione del problema della Povertà. E' doveroso riconoscere che la categoria professionale abbia importanti responsabilità nel processo risolutivo della povertà: psicologi ricercatori, fornitori di servizi, educatori, politici e sostenitori possono, infatti, dare un prezioso contributo all'approfondimento del livello di comprensione delle cause della povertà e del suo impatto sulla salute fisica e sulla salute mentale degli individui, per aiutare a prevenire e ridurre la prevalenza della povertà e per trattare in modo efficace e soddisfare le esigenze di persone a basso reddito e le famiglie basandosi sui punti di forza della comunità; Gli psicologi inoltre sono eticamente guidati a "rispettare i diritti fondamentali e la dignità e il valore di tutti gli uomini" (APA, *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*, 1992).

Considerando che "gli psicologi sono consapevoli delle loro responsabilità professionali e scientifiche per la comunità e la società in cui lavorano e vivono"<sup>13</sup> (APA, 1992) l'associazione di psicologi americana ha deliberato alcuni punti tra cui:

1. Sosterrà ulteriori ricerche che esamineranno le cause e l'impatto della povertà, delle disparità economiche, e delle questioni connesse, come lo stato socio-economico, il classismo, le gravidanze indesiderate, i fattori ambientali, i conflitti etnici e la guerra, gli stereotipi, lo stigma e sentimenti di vergogna associati ai problemi di salute mentali e fisica, tra cui la depressione, l'abuso di sostanze, la violenza domestica, gli abusi sessuali e il maltrattamento degli anziani, e ne assicurerà la più ampia diffusione dei risultati.
2. Sosterrà ulteriori ricerche focalizzate sugli atteggiamenti pregiudizievole e negativi verso i poveri da parte di altre persone che potrebbero individualmente o collettivamente supportare politiche di tolleranza alla povertà e la disuguaglianza sociale
3. Sosterrà ulteriori ricerche focalizzate su popolazioni speciali e provenienti da basse classi socio-economiche come: donne e bambini, immigrati regolari e clandestini, migranti,

---

<sup>13</sup> Heather Bullock, PhD, dell' University of California a Santa Cruz

minoranze etniche, anziani, persone con disabilità o affette da problemi di salute cronici come AIDS / HIV.

4. Sosterrà l'integrazione di strumenti di valutazione ispirati ad approcci integrativi riconosciuti efficaci dalla ricerca psicologica, quali ad esempio la costruzione di partenariati tra comunità pubbliche e private nei programmi di lotta alla povertà.
5. Incoraggerà percorsi curriculari degli studenti di Psicologia verso percorsi educativi e formativi focalizzati sull'analisi delle cause e dell'impatto della povertà, sui bisogni psicologici degli individui e delle famiglie povere, allo scopo di indurre i giovani psicologi a sviluppare una "competenza culturale" e una sensibilità attorno ai temi della povertà.

L'adozione da parte di APA di una politica di risoluzione della povertà e dello status socioeconomico ha identificato il fenomeno della povertà come il risultato delle disuguaglianze che determinano la vulnerabilità di gruppi demografici specifici. Tale iniziativa, inoltre, incoraggia gli psicologi a pensare la povertà e la disuguaglianza come un problema strutturale. Gli psicologi, nel loro ruolo di ricercatori, di fornitori di servizi, di educatori e sostenitori politici, sono nella posizione ideale per comprendere le cause e le conseguenze sociali delle disuguaglianze economiche esistenti. La disciplina ha davvero molto da offrire.

*"Gli psicologi sono in grado di identificare l'impatto della povertà sul benessere fisico e psicologico degli individui, di sviluppare interventi efficaci, e di lavorare per individuare soluzioni a lungo termine."* Lo scopo della dichiarazione di intenti dell' APA è proprio quello di sensibilizzare e sostenere i colleghi a fare proprio questo.

Essa stabilisce i passi che possono essere adottati per contrastare la povertà e promette il sostegno dell'APA nelle attività di ricerca finalizzate ad individuare le cause e gli effetti della povertà. La risoluzione sottolinea inoltre l'importanza di studiare gli atteggiamenti verso i poveri, spesso si attribuisce la povertà a mancanze personali, piuttosto che a grandi barriere socio-economiche, e tale pregiudizio, spesso, emerge nelle scelte espresse dalle politiche pubbliche. Gli psicologi possono contribuire ad aiutare la società a comprendere meglio il fenomeno e ad affrontarlo. Il Codice Etico Deontologico che impone di "rispettare i diritti fondamentali, la dignità e il valore di tutte le persone" evoca doveri professionali rivolti alla difesa della parità dei diritti a beneficiare di un'istruzione, ad avere un reddito adeguato, del cibo, un'occupazione, un alloggio, e di poter accedere ai servizi sanitari.

Recentemente l'APA ha costituito un gruppo di lavoro di psicologi con ampie competenze sui problemi della povertà a tutti i livelli – dall'individuale, familiare e comunitario, sino alle risposte del governo e delle politiche pubbliche. L'intenzione è quella di ampliare il gruppo

includendo altre discipline perché la povertà è uno di quei problemi che non si può affrontare da una sola prospettiva, inoltre, essa non dipende da caratteristiche individuali (debolezza e pigrizia) , ma esiste per ragioni strutturali che contribuiscono ad acuire i mali sociali

### 3. Capitolo

## Misurare l’impatto del Microcredito nei Paesi in Via di Sviluppo e nei Paesi Industrializzati

### 3.1. Introduzione

La stima della povertà (Poverty Assessment, PA)<sup>14</sup> viene definita come quel processo di misurazione della severità della povertà stessa, identificarne la presenza significa constatare l’impossibilità degli individui di provvedere ai propri bisogni materiali o psicologici; misurarne la severità, significa riuscire a individuare i diversi livelli di povertà presenti nella popolazione che si vuole aiutare (Hatch & Frederick, 1998). La PA è una fase essenziale nel lavoro di una IMF: effettuarla in diversi momenti temporali permette una valutazione dell’impatto del progetto e un seguente giudizio sulla qualità del lavoro svolto. La stima dell’impatto (Impact Assessment, IA)<sup>15</sup> non deve essere intesa in un significato statico: essa dev’essere un punto di partenza per il miglioramento dei servizi forniti. A questo proposito Hulme (2000) identifica due obiettivi dell’IA: “*proving impacts*”: cioè una misurazione quanto più accurata dell’impatto di un intervento; “*improving practice*”: ossia la comprensione dei processi di un intervento e del loro impatto volta al miglioramento degli stessi. Per raggiungere questi obiettivi è necessario disporre di standard di misurazione e tecniche di campionatura ed analisi. A questo proposito diventa importante il ruolo di ricercatori e studiosi. Il loro compito dovrà essere quello di esprimere un giudizio sulle attuali tecniche di IA in relazione al loro costo, ai loro obiettivi specifici e al contesto in cui sono applicate. In secondo luogo bisognerà individuare il complesso di strumenti più appropriato per effettuare un IA. Nella prima parte di questo capitolo verrà effettuata un’analisi teorica dell’IA e delle principali tecniche di valutazione dell’impatto dei programmi di microcredito (Studi RCT), nella seconda parte si presenterà una meta ricerca realizzata sugli aspetti psicologici che caratterizzano i risultati di impatto del microcredito.

---

<sup>14</sup> d’ora in poi PA

<sup>15</sup> Il termine IA identificherà, d’ora in poi, sia la fase di PA che la fase di valutazione dell’impatto vera e propria.

### 3.2. Aspetti Teorici dell’Impact Assessment (IA)

L’IA assume un’importanza diversa a seconda dei vari *stakeholders*<sup>16</sup>, in particolare è interessante per le IMF che focalizzano la loro attività sui poveri. L’IA, in questo caso, è utile per le seguenti attività (Hatch & Frederick, 1998):

1. *selezione della clientela*: la prima utilità di una PA; essa deve aiutare le MIF ad individuare e distinguere i poveri dai non poveri;
2. *convalidazione*: alcune MIF non utilizzano misurazioni rigorose della povertà nella fase di individuazione dei clienti, preferendo criteri diversi (geografici, sessuali, ecc.); l’IA diventa uno strumento per verificare che gli individui coinvolti nel progetto rispettino le caratteristiche prefissate;
3. *adattamento dei servizi finanziari ai bisogni dei clienti*: l’IA aiuta la MIF a ideare prodotti in grado di rispondere alle esigenze della clientela rispetto al suo livello di povertà. In particolare permette di stabilire le differenti capacità della clientela di pagare i prodotti sviluppati;
4. *stabilire gli standard base per l’entrata di nuovi clienti*: la fase di selezione iniziale permette di individuare le caratteristiche dei clienti che possono entrare nel progetto già avviato;
5. *monitoraggio dei clienti*: la ripetizione dell’IA serve per osservare i cambiamenti nel livello di povertà dei clienti;
6. *partecipazione dei clienti*: alcuni strumenti per l’IA prevedono un coinvolgimento diretto della clientela.

Anche il settore finanziario privato esercita pressioni per avere informazioni sulla destinazione e sui risultati dei loro investimenti. Le banche convenzionali possono decidere di aprire una linea di servizi specifici per i poveri, da cui la necessità di valutare i risultati dei propri sforzi. Forti pressioni arrivano anche dai donatori bilaterali e multilaterali che vogliono sapere se i soldi investiti nei progetti stanno effettivamente alleviando la povertà.

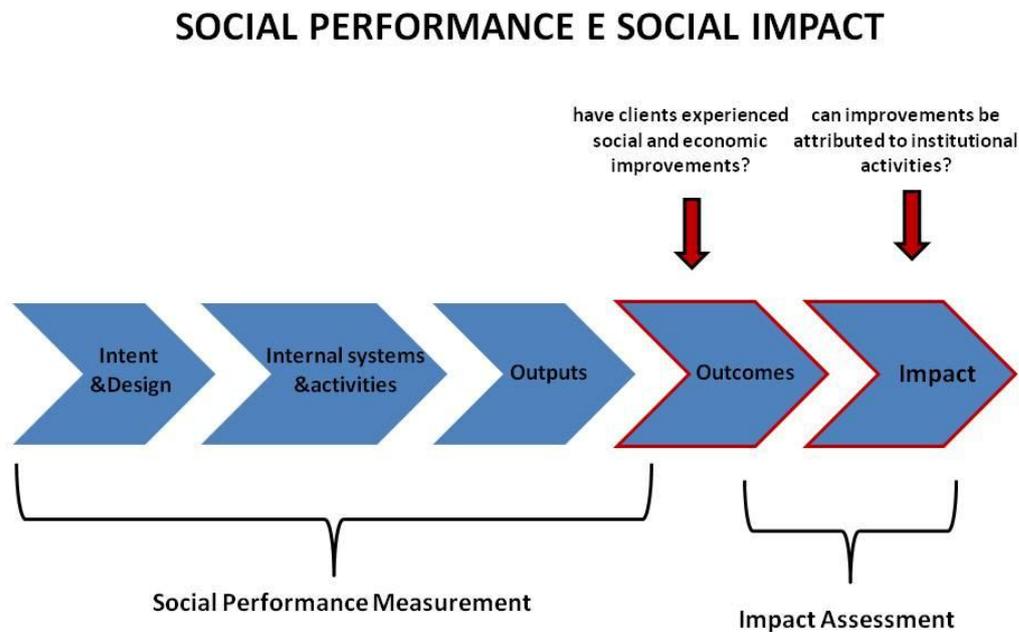
In ultima analisi si considerino i clienti. La maggior parte delle tecniche per l’IA prevede l’utilizzo di questionari da sottoporre alla clientela o un ruolo attivo dei clienti stessi nell’individuazione della qualità del processo. In tal caso l’IA può servire per far riflettere i mutuatari sui cambiamenti che l’intervento sta portando nella loro vita stimolando (o meno, in caso di risultati negativi) la partecipazione e il senso di fiducia nel progetto.

---

<sup>16</sup> Con il termine *stakeholders* si indicano tutti quei soggetti con un qualsiasi interesse nell’attività delle MIF.

### 3.2.1. Il modello di catena dell’impatto

Ogni individuo modifica il proprio comportamento a causa dell’influenza dei processi di mediazione con le IMF, in conformità con le sue caratteristiche personali e con quelle del contesto sociale, economico, e politico in cui vive. Il microcredito interviene modificando la realtà quotidiana degli individui coinvolti nell’intervento, così da permettere il raggiungimento dell’obiettivo desiderato. L’IA deve misurare le differenze tra i tipi di risultato in termini di *outcomes* e in termini di vero e proprio impatto (*Impact*). Il modello di catena dell’impatto è rappresentato nella Figura 3.



Source: CGAP 2007

Figura 3- Impact Assessment, CGAP

Nella realtà la catena si presenta in maniera più complessa. L’IMF fornisce servizi ai clienti sotto forma di prestiti che modificheranno l’attività del cliente con un conseguente aumento (o riduzione) del reddito. Questo si scaricherà sul reddito familiare, e, in caso di aumento, porterà ad esempio, a miglioramenti relativi all’alimentazione, alla condizione sanitaria, all’istruzione, alle opportunità sociali. Tali situazioni andranno ad influenzare le relazioni politico-sociali dell’individuo. Sarebbe impossibile (o troppo costoso) analizzare i cambiamenti in ogni singola fase, per cui è necessario decidere su quale parte della catena effettuare la stima. Hulme identifica, a tal proposito, due tipi di scuole:

- *intended beneficiary school*: analizza direttamente l’impatto sui beneficiari del progetto

- *intermediary school*: si concentra sui cambiamenti e l’operato delle IMF (la c.d. *Social Performance*) Se la IMF è in buona salute, cioè raggiunge la sostenibilità finanziaria e ha un grande numero di clienti, allora si può assumere che ci sarà un automatico impatto positivo.

Volendo valutare l’impatto sulla povertà degli interventi di microcredito, è chiaramente preferibile l’impostazione della *intended beneficiary school* (ciò non significa che debba mancare un’attenta valutazione degli aspetti finanziari della gestione). Elementi da considerare quando si voglia scegliere l’unità di stima per misurare l’impatto, possono essere: il livello di occupazione; la creazione di un “clima imprenditoriale”; la maggior collaborazione tra i diversi soggetti, ecc. L’ideale sarebbe riuscire ad analizzare contemporaneamente più livelli, come si propone di fare il presente lavoro di ricerca, cercando di stimare l’impatto a livello di famiglia, impresa, individui, e comunità fornendo una fotografia di tutti i tipi di impatto (Chen & Dunn, 1996). Un aspetto negativo è individuabile nella complessità, che rende necessarie sofisticate e costose tecniche di analisi.

### 3.2.2. Tipi di impatto e stima dell’IA

L’analisi può individuare tre diversi tipi di impatto del microcredito (Dichter, 1999):

- un impatto Economico: inteso come cambiamenti di reddito, degli aspetti finanziari e gestionali a livello di istituzione e impresa, della riduzione della vulnerabilità economica delle persone con lavoro saltuario o stagionale, dei livelli di spesa, consumo e valore dei beni posseduti; del valore delle proprietà, che vengono considerate un’importante indicatore in quanto il loro livello non è così variabile come per altri indicatori (Barnes, 1996), inoltre il loro cambiamento può essere segno di importanti miglioramenti nella qualità della vita (ad es. il passaggio da una casa in canne ad una casa in legno).
- impatto Sociale: inteso come cambiamento sociopolitico e culturale, variazioni nell’affermazione sociale di gruppi emarginati (ad es. i “paria” in India); modifiche nell’organizzazione sociale; aumento del potere decisionale della donna all’interno della famiglia; variazioni nell’accesso ai servizi sanitari, nel livello nutrizionale, nell’uso dei contraccettivi, nel livello di istruzione.
- impatto personale-psicologico: l’analisi dell’impatto psicologico a livello individuale è di più difficile misurazione, ma serve per evidenziare la differente percezione di sé che ha sviluppato il beneficiario del credito (o i membri della sua famiglia). È un’analisi

importante se la partecipazione e un coinvolgimento attivo nel programma sono considerati come obiettivi.

L’IA può essere condotto prima, dopo o durante l’intervento. Fare un PA prima dell’intervento è fondamentale per quelle IMF il cui obiettivo primario è raggiungere direttamente il segmento più povero della popolazione. L’analisi permette di evidenziare sia i livelli di povertà dei futuri clienti (o non clienti), che le necessità in termini di prodotti finanziari. In questa fase vengono spesso usati metodi basati sulla semplice osservazione delle condizioni di vita per poi effettuare, successivamente, analisi più approfondite. L’approccio convenzionale dell’IA è l’analisi condotta dopo un certo periodo dall’inizio dell’attività della IMF. L’IA viene effettuato ad intervalli di tempo più o meno regolari ma i suoi risultati possono servire più a stakeholders esterni (ad es. donatori) che alla MIF stessa. Un problema che si può presentare è costituito dal momento in cui si effettua la rilevazione: un IA effettuato troppo presto non permette di rilevare risultati che si presentano solamente nel lungo periodo: può generare sfiducia nelle IMF e pressioni da parte dei donatori che mirano, spesso, a risultati nel breve termine. Effettuare l’IA in maniera continua permette di controllare le dinamiche sociali ed economiche e di cercare rimedi in tempo reale per gli eventuali risultati negativi: in questo caso l’IA diventa uno strumento di management interno, con lo stesso valore delle altre funzioni della MIF. Un approccio di questo tipo richiede, però, l’impiego di personale che si dedichi a tempo pieno a questa attività; in tal caso bisognerà effettuare considerazioni relative al costo di questo personale rapportandolo con il miglioramento nella qualità del lavoro e con il livello di raggiungimento degli obiettivi. Nella valutazione dell’impatto di un programma di microcredito si presuppone dunque una prima valutazione nel Time 0 (prima dell’accesso al credito) e una seconda valutazione nel Time 1 (a 12, 24 mesi dall’accesso al credito) [Figura 4]

## What is Impact

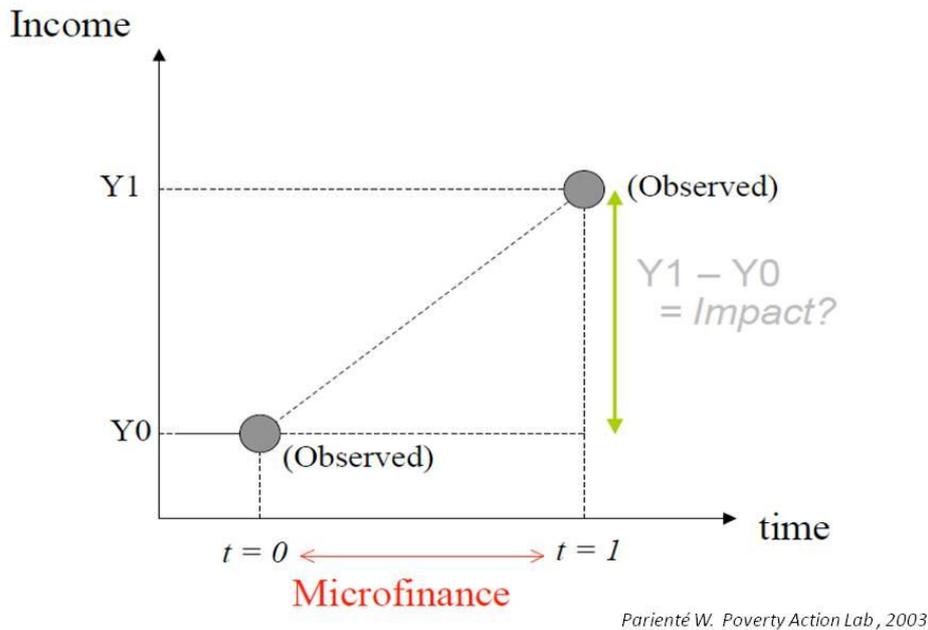


Figura 4 - Struttura dell'impatto

### 3.2.3. Modelli di attribuzione degli effetti dei programmi di microcredito

Uno dei principali problemi dell’IA dei programmi di microfinanza è dimostrare che determinati effetti sono attribuibili a determinate cause (nello specifico, l’intervento). Da un’analisi della letteratura sulla microfinanza, Hulme identifica tre diversi modelli attraverso i quali gli autori hanno cercato di dimostrare l’attribuzione delle cause agli effetti. Il primo è dato dal metodo scientifico, il secondo viene dalla tradizione umanista, il terzo prevede la partecipazione attiva dei clienti della MIF nella preparazione dell’IA.

#### 3.2.3.1. Il metodo scientifico

Il metodo scientifico cerca di rendere certa, attraverso un’analisi empirica, la relazione causa-effetto tra interventi delle IMF e impatto economico-sociale nei PVS. In questo caso, un particolare stimolo, rivolto a un determinato oggetto, in un ambiente controllato, è giudicato essere la causa dell’effetto osservato. Applicare questo approccio empirico alle scienze sociali è molto difficile visto che troppe sono le variabili e i cambiamenti che caratterizzano l’individuo. Per questo si preferisce utilizzare metodi che confrontano risultati dell’intervento con stime dei risultati che si sarebbero ottenuti senza. In questo approccio vengono utilizzate metodologie statistiche in grado di fornire un’adeguata rappresentazione della realtà, e di dare indicazioni sull’attribuzione degli effetti.

Un primo metodo è dato dall’analisi di regressione multipla. Il metodo, per ottenere risultati affidabili, elabora enormi quantità di dati relativi a variabili di difficile misurazione e identificazione. Sicuramente più semplice, e largamente usato, è il metodo che utilizza un gruppo di controllo: in questo caso è necessaria la comparazione, ripetuta almeno due volte, tra una popolazione che ha ricevuto l’intervento e una popolazione identica (o il più simile possibile) che non l’ha ricevuto. I problemi riscontrabili di questo approccio possono interessare la selezione del campione da analizzare: è molto difficile trovare un gruppo di controllo che abbia le stesse caratteristiche economiche, fisiche e ambientali del gruppo di trattamento. A queste possibili differenze si aggiunge un attributo invisibile, che al gruppo di controllo manca, e che viene generalmente individuato nell’abilità imprenditoriale del gruppo di trattamento (Hulme, 2000). Inoltre il gruppo di controllo può entrare in contatto con il gruppo di trattamento, invalidando, in parte, i risultati dell’analisi. Un altro problema, che rende difficile l’attribuzione causa-effetto, è dato dalla fungibilità dei prestiti. Con questa espressione si intende il fatto che i prestiti concessi possono essere trasferiti dal cliente ad altri soggetti (anche esterni al gruppo di trattamento), o essere utilizzati per scopi diversi rispetto all’attività d’impresa (ad es. parte del prestito viene speso direttamente per il consumo). Per capire come avviene questo passaggio si considerino attentamente le abitudini della comunità e dei singoli individui, in modo da estrapolare linee tendenziali di comportamento, che permettano di capire quanta parte del prestito viene effettivamente investita nell’attività d’impresa. In realtà il problema della fungibilità potrebbe essere totalmente irrilevante: se le IMF non si focalizzano sulla micro-impresa, ma sulla comunità o la famiglia, questo passaggio di denaro è, non solo previsto, ma anche auspicato e incoraggiato.

Errori possono anche essere dovuti ad una non specificazione delle sottostanti relazioni di causalità. Questo problema nasce dall’assunzione che la causalità è un processo unidirezionale mentre bisogna tenere conto degli stimoli di ritorno che gli effetti (i risultati dell’intervento) forniscono alle cause (l’intervento).

La misurazione degli effetti reciproci è statisticamente possibile con l’utilizzo di analisi di regressione che considerino la bidirezionalità tra variabili dipendenti e indipendenti. Tale applicazione tecnica richiede, però, un’enorme quantità di dati, personale altamente competente, costi rilevanti.

#### *3.2.3.2. La tradizione umanista*

Questo tipo di approccio ha le sue radici nella geografia, nella sociologia e nell’antropologia.. L’analisi viene effettuata con il metodo induttivo che parte dall’individuazione di informazioni chiave raccolte con annotazioni, questionari e interviste, o con l’osservazione

visiva di certi elementi (come il tipo di abitazione); l’analista è fortemente coinvolto nella raccolta dei dati stessi. L’approccio umanista cerca di fornire un’interpretazione dei processi dell’intervento individuandone gli effetti maggiormente plausibili. La validità di questo metodo dipende dalla consistenza logica delle argomentazioni e dei materiali raccolti; dalla qualità degli elementi osservati, che devono essere in grado di rappresentare il livello di povertà; dal livello di triangolazione (la ripetizione del processo con differenti gruppi di riferimento) usato per un controllo incrociato dei dati raccolti; dalla qualità della metodologia di raccolta dati; dalla preparazione del ricercatore che deve avere capacità di osservazione ed analisi. I dati raccolti sono, generalmente, di carattere qualitativo, ma vengono, nell’ultima fase del lavoro, quantificati in modo da permettere una loro più facile lettura e una maggior confrontabilità. Questo approccio è di fondamentale importanza per l’IA in quanto permette di capire meglio i cambiamenti nelle relazioni sociali, la natura del rapporto tra staff delle IMF e beneficiari oltre che a fornire indicazioni sulla fungibilità dei prestiti concessi. Di contro, esso risulta debole nello spiegare le relazioni causa-effetto che non vengono formulate in modo preciso preferendo l’osservazione del risultato nel suo complesso. La causalità viene solo dedotta, considerando la catena dell’impatto, a partire dalle informazioni raccolte tra i beneficiari e da quelle ottenute tramite altri informatori chiave (banche commerciali, strutture sanitarie, scuole, ecc.). I dati ottenuti possono poi essere comparati a dati provenienti da fonti secondarie e riguardanti aree al di fuori del programma. Altri problemi possono provenire da una certa mancanza di professionalità dell’analista: la raccolta dati potrebbe essere pilotata ad hoc per evidenziare solamente aspetti positivi dell’impatto, mentre gli aspetti negativi, anche se danneggiano l’immagine della MIF presso i donatori, sono fondamentali per potersi migliorare. Inoltre può mancare un certo rigore nella raccolta dati e nella loro analisi, presumendo, ad esempio, che le informazioni valide per i clienti di una certa area siano valide per tutti i clienti.

In conclusione è possibile affermare che la soluzione migliore si ha nella combinazione tra i due tipi di approccio: la maggior parte degli strumenti per l’IA segue proprio quest’ottica di azione.

### **3.3. Metodi e disegni di ricerca adottati dagli studi sull’impatto**

Hulme (2000), una delle voci più importanti all’interno della comunità scientifica impegnata nella rilevazione dell’impatto dei programmi di microcredito, rivede le metodologie comunemente utilizzate e, esaminando il metodo scientifico e la tradizione umanistica, conclude che un ottimo meccanismo di valutazione d’impatto dovrebbe essere una

combinazione di diversi metodi. In effetti, tra i ricercatori e gli operatori del settore, non esiste ancora un accordo unanime circa i metodi ideali di valutazione d’impatto, dato che l’obiettivo principale della microfinanza è quello di alleviare la povertà, diversi autori si sono focalizzati sulle variabili dipendenti ritenute mezzi operativi per raggiungere questo obiettivo: ad esempio, Mosely (2001) utilizza come misure di successo/ insuccesso: il livello di reddito, il valore totale dei beni di proprietà e il grado di vulnerabilità economica.

McKernan (2002) analizzando su 1798 famiglie del Bangladesh, dal 1991 al 1992, gli effetti benefici del lavoro autonomo, ha individuato una correlazione forte e positiva tra l’adesione ai programmi di microfinanza e i livelli di partecipazione economica e sociale all’economia della comunità di appartenenza. Va altresì sottolineato, che diversi studi di valutazione d’impatto non supportano l’efficacia della microfinanza.

Sanders (2002) verifica l’impatto dei programmi di microfinanza negli Stati Uniti e mette in discussione l’efficacia della microfinanza come strategia in grado di alleviare la povertà. Inoltre lo studio di Bhatt (1999) sulla valutazione dell’impatto dei servizi delle IMF negli Stati Uniti, rileva che la situazione è contraddittoria: alcuni programmi hanno funzionato, mentre altri hanno fallito.

Infine, l’attenzione si sposta sui trade-off che devono essere considerati quando si eseguono le valutazioni d’impatto delle IMF. Mosely e Hulme (1998), studiando 13 IMF in sette paesi (Bolivia, Indonesia, Bangladesh, Sri Lanka, Kenya, India, Malawi) ipotizzano un “effetto frontiera” che descriverebbe il trade-off tra i prestiti ai più poveri (che hanno un basso impatto totale e sul reddito delle famiglie) e quelli agli individui appena sotto o appena sopra la soglia di povertà. Wydick (1999) costruisce un modello teorico per analizzare il compromesso economico tra i rendimenti futuri di scolarizzazione e dell’investimento in capitale umano, e i profitti attesi dal lavoro minorile nelle aziende delle famiglie del Guatemala. Wydick ha riscontrato che, in alcuni Stati, grazie al microcredito, da un lato è aumentata la probabilità dei bambini frequentare la scuola, dall’altro, a causa del fenomeno di *moral hazard*, i costi marginali dell’istruzione possono superare i benefici marginali derivanti dal lavoro minorile. Infine, Copestake, Bahlotra, e Johnson (2001) utilizzando un campione di 420 mutuatari in Zambia hanno riscontrato, rispetto a un campione di controllo, un aumento dei profitti e del reddito familiare per coloro in grado di ottenere due finanziamenti, e un peggioramento delle condizioni per i mutuatari, non qualificati per il secondo prestito a causa dei meccanismi di riscossione dei crediti delle MIF.

### 3.3.1. I limiti degli studi sull’impatto

Il successo o il fallimento di un programma di microcredito dipende fortemente dal contesto nel quale opera. La povertà è un mix di elementi come la bassa crescita economica, l’alta crescita demografica e una diseguale distribuzione delle risorse. Le variabili centrali di tutto ciò sono sicuramente la grande disoccupazione e la bassa produttività del povero che spesso si incrociano creando un pericoloso risultato che causa dei grandi danni soprattutto a livello psicologico, innescando un circolo vizioso che porta il povero a credere che la sua situazione è senza alcuna via d’uscita. In sostanza, il miglior modo per ridurre la povertà è quello di porre fine a ciò attraverso la creazione di impiego e l’investimento in capitale umano.

Il grande problema della mancanza di dati riguardanti l’impatto della microfinanza è dovuto sicuramente alla mancanza di strumenti certi e che possano essere universalmente utilizzati in modo da fornire dei risultati omogenei. Infatti, nonostante l’enorme quantità di progetti microfinanziari nel mondo, e i relativi studi sull’impatto<sup>17</sup>, molti sono i dibattiti sull’effettiva utilità degli stessi.

Inoltre, la maggior parte della letteratura, in materia di valutazione dell’impatto della microfinanza nei PVS, utilizza diverse metodologie empiriche, il che rende difficoltoso confrontare i vari studi.

Gli studi effettuati hanno fornito dei risultati generalmente buoni ma nessuno, tuttavia, ha utilizzato una metodologia sperimentale rigorosa. Ad esempio Khandker<sup>18</sup> e Morduch<sup>19</sup> arrivano a differenti conclusioni riguardanti l’impatto sulla povertà utilizzando gli stessi dati della Grameen Bank.

Gli studi esistenti utilizzano differenti metodologie, che è possibile suddividere in sperimentali, quasi - sperimentali e non - sperimentali.

Questi studi hanno prodotto risultati contrastanti, spesso perché non è possibile mettere a confronto in modo univoco differenti programmi che operano in zone diverse e quindi arrivare ad una valutazione universale della bontà o meno del microcredito.

Nella difficoltà della valutazione dell’impatto dei programmi di microcredito, oltre alla difficoltà oggettiva nel trovare un sistema adeguato, due sono i problemi endogeni particolarmente importanti: l’auto-selezione dei clienti e il collocamento dei prodotti/servizi da parte delle MFIs all’interno del contesto nel quale operano.

---

<sup>17</sup> Hulme D., “Impact assessment methodologies for microfinance: a review”, Virtual Meeting del CGAP Working Group on Impact Assessment Methodologies, Aprile 17-19, 1997

<sup>18</sup> Mark P. e Khandker S.R., “The Impact of Group-Based Credit Programs on Poor Households in Bangladesh: Does the Gender of Participants Matter?”, *The Journal of Political Economy*, 106(5), 1998

<sup>19</sup> Morduch J., “The Microfinance Promise.”, *Journal of Economic Literature*, 37 (4), 1999

Delle tre metodologie citate solo la quasi-sperimentale e la non-sperimentale vengono utilizzate per la valutazione della microfinanza.

### **3.3.2. Studi randomizzati controllati (Randomized Control Trials RCTs)**

Recenti studi<sup>20</sup>, attraverso l’utilizzo di metodologie rigorose come gli studi randomizzati e controllati, sono giunti alla conclusione che il microcredito funziona per alcune popolazioni, quelle che aumentano gli affari con successo, ma non per altre. Le evidenze restituiscono un’immagine del microcredito che è a metà tra l’essere una panacea contro la povertà e l’essere un dispositivo in grado di danneggiare gravemente i più poveri. I risultati degli studi RCTs, confermando le evidenze provenienti da studi non randomizzati già presenti nella letteratura, hanno rilevato un impatto del microcredito modesto, dunque né rivoluzionario, né deleterio. Dell’opportunità di sviluppare un business di piccole dimensioni offerta dal microcredito, beneficeranno solo alcuni poveri, poiché non tutti coloro che ricevono il prestito sono microimprenditori e non tutte le attività economiche in cui i poveri investono hanno rendimenti elevati.

Il microcredito, dunque, non sta trasformando i mercati informali e non sta generando in modo significativo redditi più alti. Tuttavia nella valutazione, spesso, sono stati trascurati numerosi altri importanti vantaggi a favore delle famiglie beneficiarie dei prestiti: come l’aumento dei consumi, per l’investimento in beni durevoli, (come ad esempio la casa o l’istruzione dei figli). Le valutazioni randomizzate stanno contribuendo a migliorare la conoscenza sulla tipologia di servizi finanziari realmente utili e funzionali alle esigenze delle famiglie più povere.

Le famiglie povere, che hanno chiaramente esigenze finanziarie che vanno oltre i prestiti di capitale lavorativo per i microimprenditori, utilizzano diversi meccanismi informali e semi-formali per cogliere le opportunità finanziarie locali, per gestire i rischi e gli inconvenienti derivanti dagli incassi discontinui e le spese familiari regolari. Talvolta essi utilizzano il credito o i risparmi per pagare le tasse scolastiche, per investire in piccole imprese o per prevenire un rischio finanziario. Sebbene tali usi dei servizi finanziari siano diversi rispetto a quelli inizialmente previsti, essi sono comunque utili a soddisfare in modo appropriato le esigenze di benessere della famiglia.

Probabilmente uno dei più grandi contributi di queste prime valutazioni randomizzate di microcredito è quella di aiutare la comunità scientifica e finanziaria a resettare le precedenti aspettative.

---

<sup>20</sup> Banerjee, Duflo, Glennerster e Kinnan 2010; Karlan e Zinman 2011

Gli studi randomizzati sono considerati il metodo più rigoroso di valutazione dell’impatto poiché si contrappongono alla metodologia pre-esistente degli studi solo controllati. Nel caso di valutazione di un programma di microfinanza, se confrontiamo semplicemente i clienti e i non-clienti, stiamo mettendo a confronto due diversi tipi di persone: quelli che scelgono di assumere su di sé il rischio di un prestito, e quelli che non lo fanno. Coloro che scelgono di partecipare, probabilmente, si trovano già a priori in una posizione di vantaggio: hanno un fiuto per gli affari diverso, una tolleranza al rischio maggiore e altre caratteristiche individuali ed economiche. Diversi studi hanno dimostrato che i clienti possono essere più ricchi rispetto ai non-clienti, già prima di entrare in un programma di microfinanza. Assegnando l’accesso casuale ai servizi finanziari, gli studi randomizzati garantiscono che l’unica differenza, in media, tra clienti e non clienti sia solamente l’accesso al programma. Pertanto, la rilevazione dell’esito dell’impatto non sarà moderata dalla differenza tra i gruppi. Gli studi RCTs, come la maggior parte delle ricerche di valutazione dell’impatto, risentono della mancanza di generalizzabilità dei risultati, pur contribuendo a stabilirne la causalità. Le evidenze si riferiscono solo al particolare contesto della valutazione (ad esempio, ciò che impariamo dal Kenya può o non si può applicare al Vietnam). Questa tuttavia è una limitazione di tutti i tipi di valutazione. I trials randomizzati non sono né più o né meno vulnerabili rispetto ad altri metodi. Un numero crescente di studi attendibili, utilizzando tecniche sia qualitative sia quantitative, sta aiutando a costruire una base di conoscenza sul funzionamento dei servizi finanziari. Ma non è un numero dato di studi che permetterà ai ricercatori di formulare una teoria per fare previsioni su ciò che accade in altri luoghi. L’unico modo per generalizzare i risultati è quello di condurre una serie di repliche, attente a valutare approcci analoghi in diversi contesti fino al momento in cui emerge una chiara tendenza.

Un limite di questi studi è rappresentato dalla necessità di replicare le valutazioni a breve distanza dal primo accesso al credito (1 o 2 anni), ciò è dovuto principalmente all’impossibilità di trattenere i clienti nel gruppo di controllo che dunque, seppur inseriti nel programma finanziario, non possono beneficiare di crediti.

Le valutazioni randomizzate non sono più costose rispetto ad altri tipi di valutazioni. L’alto costo di molte valutazioni di impatto deriva dalla raccolta dei dati sia randomizzati che non, come ad esempio indagini sulle famiglie e quelle atte a misurare il benessere delle stesse.

### 3.3.3. Valutazioni trasversali dell'impatto

Alcuni studi valutano l'impatto attraverso una metodologia trasversale che confronta i vecchi (*old borrowers*) con i nuovi partecipanti (*new borrowers*) definendo "impatto" qualsiasi differenza rilevata tra questi due gruppi. Tali studi sono popolari perché sono a basso costo, facili da implementare, e spesso incoraggiati dai *donors* che hanno l'esigenza di ottenere rapidamente i risultati. Tuttavia tale metodologia valutativa non è esente da insidie metodologiche che rischiano di inficiarne la validità. Un gruppo di controllo ritenuto deve avere partecipanti che possiedono lo stesso "spirito imprenditoriale" di quelli nel gruppo in trattamento. L'approccio trasversale pretende di superare questo problema, confrontando i nuovi arrivati (gruppo di controllo) con i partecipanti con due o più anni di esperienza (gruppo di trattamento). I ricercatori misurano alcuni indicatori di sviluppo come i livelli di reddito, il livello di consumo, la spesa media per il cibo, etc. e sulla base delle differenze individuate tra i due gruppi stabiliscono la qualità e l'intensità dell'impatto del programma di microcredito.

I rischi connessi a tale disegno di ricerca sono: il *dropout* e il *bias* di selezione. Il *dropout* è causato dal numero di soggetti che abbandonano il programma poiché sono stati presumibilmente influenzati da esso in modo diverso e potenzialmente peggiore rispetto a quelli che sono rimasti. Dal momento che, una valutazione d'impatto dovrebbe esaminare l'impatto del programma nella sua interezza e non solo nei suoi casi di successo, dovrebbero essere considerati anche questi individui. Ignorando tale popolazione si rischierebbe di trovare un impatto falsamente positivo, mentre il vero impatto dipende interamente dalla dimensione relativa di questi due gruppi. Tale ragionamento vale anche nel caso in cui il *dropout* sia connesso a casi di successo, in cui gli ex beneficiari, dopo aver migliorato il loro business e imparando a gestire i loro soldi, non avendo più bisogno del credito lascino il programma. Qualora l'analisi ignorasse questi soggetti rischierebbe ugualmente di sottovalutare l'impatto del credito.

Il bias di selezione (*selection bias*) si riferisce al problema di attribuire causalità ad un programma come quello del microcredito che prevede una selezione volontaria. Coloro che partecipano a programmi di microfinanza hanno solitamente uno spirito più imprenditoriale e più intraprendente e quindi, presumibilmente, avranno maggiori probabilità di superare eventuali difficoltà.

Attribuire il loro eventuale successo alla microfinanza diventa quindi difficile. La valutazione trasversale dell'impatto, che ritiene di superare questo problema selezionando gruppi ugualmente coinvolti nel programma di microcredito, cade in realtà nello stesso errore di selezione. Il fatto che alcuni soggetti abbiano deciso di cominciare il programma di credito

due anni prima li rende intrinsecamente differenti da quelli che hanno preso tale decisione in tempi recenti. La decisione dell’accesso al credito potrebbe corrispondere ad un momento di particolare crisi economica della famiglia, oppure ad un momento di buona stabilità del nucleo familiare che dunque si sente pronto ad assumersi il rischio del credito.

### **3.4. Le conseguenze psicologiche del Microcredito: un’analisi della letteratura sull’impatto**

La letteratura descrive il microcredito come uno strumento di sviluppo economico che permette alle persone in condizioni di povertà ed emarginazione di avere accesso a servizi finanziari.

Negli scopi del suo fondatore, Muhammad Yunus, il microcredito non è solo uno strumento economico, ma anche, e soprattutto, un mezzo per implementare la crescita individuale e sociale di coloro che ne beneficiano.

Tale esperienza si fonda su una rappresentazione dell’uomo (*homo humanus*) che si discosta da quella concepita dall’economia classica (*homo oeconomicus*).

Qui il soggetto, generalmente interesse primario delle discipline psicologiche, è al centro di un’economia che fonda il suo significato e la sua *raison d’être* nel sistema relazionale come fonte di scambio e di generazione di risorse. Il dispositivo del microcredito, chiedendo alla disciplina economica di includere la variabile “relazione”, e proponendo a quella psicologica di aggiungere il denaro nella sua accezione di valore per lo scambio di ricchezza umana e concreta allo stesso tempo, si costituisce come terreno comune in cui il dialogo tra saperi e prospettive differenti è possibile.

Ignorando le differenze concettuali e metodologiche tra gli studi, si cercherà qui di costruire un percorso di senso attraverso l’analisi trasversale tra i documenti elaborati sino ad oggi al fine di comprendere l’impatto psico-sociale dei programmi di microcredito sulla vita dei beneficiari, delle loro famiglie e della comunità a cui appartengono.

In secondo luogo, la presente meta-ricerca si pone l’obiettivo di comprendere come gli aspetti psicologici e sociali si intreccino agli aspetti economici producendo esiti talvolta positivi talvolta negativi nella vita degli individui. Attraverso il lavoro svolto è stato possibile raggruppare le ricerche sulla base di alcune tematiche prevalenti: 1. **Empowerment di genere:** inteso come partecipazione politica e sociale, potere decisionale in famiglia e nella comunità, gestione delle risorse economiche e controllo dei prestiti; 2. **Violenza domestica;** 3. **Promozione della salute e del benessere;** 4. **Salute mentale e benessere psicologico;** 5. **Dinamiche di gruppo.**

Osservando l’insieme delle ricerche si riceve un’immagine che se da un lato è variegata, dall’altra manca di sistematicità e di visione d’insieme del fenomeno. Tutti questi contributi mettono in risalto l’aspetto versatile del microcredito, ma soprattutto l’importanza di tenere in alta considerazione il contesto sociale e culturale in cui questi programmi vengono messi in atto.

### **3.4.1. Empowerment di genere**

Nonostante le specificità metodologiche, gli studi sulla valutazione dell’impatto del microcredito concordano, in maniera abbastanza diffusa, con l’idea che la pratica di erogare prestiti preferibilmente alle donne comporti un miglioramento delle condizioni economiche familiari e una serie di altri benefici ad esso associati come la diversificazione dei mezzi di sostentamento, l’aumento dei livelli d’istruzione e il miglioramento delle condizioni di salute dei membri della famiglia (Hulme e Mosley, Khandker, 1998; 1996, Vols.1 & 2 Morduch & Haley, 2002; Mosley & Rock, 2004; Todd, 1996; Zaman, 2004). Tuttavia, tra i vari studi vi è scarso consenso circa la possibilità che le beneficiarie di tali programmi possano realmente sviluppare il loro livello di empowerment, costruito complesso misurato con schemi e indicatori sempre differenti e scarsamente adeguati a fornire evidenze coerenti tra loro. Alcuni autori ritengono che il microcredito abbia aiutato le donne ad aumentare le opportunità di guadagno, il livello di fiducia verso se stesse e verso gli altri e la capacità di superare le asimmetrie culturali (si veda, ad esempio, Hashemi, Schuler, e Riley, 1996; Kabeer, 2001; Pitt & Khandker, 1998; Pitt, Khandker, e Cartwright, 2006; Rahman, 1986). Altri, invece, ritengono che i prestiti concessi alle donne siano in realtà generalmente controllati dai mariti, e ciò comporterebbe un aumento della dipendenza da essi per le rate di pagamento e un’esacerbazione dei conflitti interni preesistenti e degli episodi di violenza coniugale (si veda, ad esempio, Goetz e Gupta, 1996; Leach & Sitaram, 2002; Rahman, 1999).

Esistono diversi studi che esaminano le influenze del microcredito sull’empowerment femminile, (Kabeer, 2001) e la maggior parte di essi, attraverso metodi perlopiù osservativi e qualitativi, ha dipinto un quadro decisamente positivo dell’impatto del microcredito sulla vita delle beneficiarie. Rahman R.I. (1986)<sup>21</sup> ha rilevato che le donne partecipanti ai programmi di microcredito, oltre ad avere un reddito e un tasso di consumo più elevato, se comparato a quello delle famiglie che non vi partecipano, giocano anche un ruolo importante nel processo decisionale all’interno della famiglia.

---

<sup>21</sup> Rahman R.I (1986) Impact of Grameen Bank on the Situation of Poor Rural Women. Working Paper No.1, Grameen Bank Evaluation Project. BIDS, Dhaka.

Pitt e Khandker (1995)<sup>22</sup> hanno misurato l’impatto dei programmi di microcredito sull’identità di genere basandosi su una serie di indicatori di empowerment. I risultati hanno mostrato che all’interno delle famiglie coinvolte nei programmi di microcredito vi è più equità di genere rispetto alle altre famiglie in cui, al contrario, l’opinione delle donne viene tenuta in scarsa considerazione.

Lavori successivi (Pitt e Khandker 1998<sup>23</sup>; Pitt et al 1999<sup>24</sup>; Pitt, 2000;. Pitt et al 2003<sup>25</sup>) hanno riscontrato che gli effetti della partecipazione a questi programmi differiscono soprattutto in base al genere dei partecipanti. Ad esempio, Pitt e Khandker (1998) sostengono che il flusso di spesa per i consumi aumenti di 18 taka per ogni 100 taka prestati alle donne, ma aumenti solo di 11 taka per ogni 100 taka prestati agli uomini. Pitt et al. (2003), utilizzando un approccio completamente diverso dai precedenti per l’identificazione dei parametri dell’impatto dei programmi di microcredito, rivelano che il credito, se dato alle donne, migliora soprattutto la qualità della vita dei loro figli, in termini di maggior attenzione alla salute e alla nutrizione, mentre il credito, se dato agli uomini, non ha alcun impatto statisticamente significativo sul benessere familiare. Inoltre, hanno evidenziato come il credito dato alle donne abbia maggior probabilità di influenzarne i comportamenti proattivi. Questi risultati sono coerenti con gli esiti della letteratura empirica secondo cui il controllo di una madre, anche se parziale, sulle risorse familiari altera in modo importante il capitale umano dei suoi figli, condizionandone maggiormente la qualità di vita.

Tali risultati, però, non implicano necessariamente un aumento del livello di empowerment nella vita delle donne e nelle rispettive famiglie. Questi benefici, infatti, potrebbero derivare da un miglioramento generale delle condizioni economiche e non dalla partecipazione al programma di microcredito in sé.

Appare dunque necessario individuare strategie metodologiche che consentano di separare gli effetti del reddito dall’effetto empowerment risultanti entrambi dalla conseguente partecipazione ai programmi di credito superando così ciò che Garikipati (2008) definisce l’effetto-paradosso (vedi pag. 5). Frankenberg e Thomas (2001) suggeriscono che potrebbe essere utile includere nelle indagini domande specifiche ed esplicite sulle modalità con cui si realizza il processo decisionale all’interno del nucleo familiare, sostenendo che i diversi modelli (patterns) di processo decisionale potrebbero essere il risultato di un’acquisizione del

---

<sup>22</sup> Pitt, Mark, and Shahidur Khandker. (1995) "Household and Intrahousehold Impacts of the Grameen Bank and Similar Targeted Credited Programs in Bangladesh " World Bank, Education and Social Policy Department, Washington. D.C.

<sup>23</sup> Pitt, M.M. and Khandker, S.R., (1998) The impact of group-based credit programs on poor households in Bangladesh: Does the gender of participants matter?. The Journal of Political Economy 106 5, pp. 958–996

<sup>24</sup> Pitt, M. (1999). Reply to Jonathan Morduch’s “Does Microfinance Really Help the Poor? New Evidence from Flagship Programs in Bangladesh.” Department of Economics. Brown University.

<sup>25</sup> Cartwright, J., Khandker, S., R.; Pitt, M.M. (2003) Does micro-credit empower women?: evidence from Bangladesh, World Bank Policy Research Working Paper 2998, March

potere delle donne all’interno della famiglia. Utilizzando un modulo speciale incluso all’interno della seconda Indonesia Family Life Survey (IFLS2), gli autori dimostrano che la combinazione di approcci qualitativi e quantitativi arricchisce la comprensione delle dinamiche famigliari.

Hashemi, Schuler, e Riley (1996)<sup>26</sup> hanno rilevato un livello di empowerment più elevato tra le donne dei villaggi in cui sono presenti programmi di microcredito della Grameen Bank e di BRAC, rispetto alle donne dei villaggi in cui queste organizzazioni non sono presenti. Per rilevare questi risultati hanno esaminato una lunga serie di indicatori di empowerment che includevano la possibilità delle donne di contribuire al reddito familiare, la libertà di movimento (la mobilità), la capacità di fare piccoli e grandi acquisti connessi alla propria attività produttiva, il livello di coinvolgimento nel processo decisionale familiare e il livello di partecipazione politica. Questo studio ha rilevato che l’accesso al microcredito aumenta in modo significativo i contributi al reddito familiare, la probabilità di possedere beni propri, la partecipazione politica e la capacità decisionale nel fare piccoli e grandi acquisti. L’accesso al microcredito sembra anche aumentare significativamente il valore delle componenti di tutti gli indicatori di empowerment, compresi quelli che non sono risultati essere significativi se presi individualmente. I risultati di questo studio suggeriscono, dunque, che il percorso più appropriato per aumentare l’empowerment deve passare necessariamente attraverso la possibilità delle donne di contribuire al reddito familiare. Tuttavia, il limite di questi studi è consiste nel trascurare il potenziale *bias* derivante dalle numerose caratteristiche soggettive e difficilmente osservabili a livello individuale, familiare e della comunità.

Pitt et All. (2006)<sup>27</sup> suggeriscono di adottare un approccio alternativo che consiste nel raccogliere dati, attraverso self report, sugli atteggiamenti da e verso le donne e sul loro livello di autonomia nel processo decisionale. La natura necessariamente soggettiva dei dati raccolti, può essere corretta grazie a tecniche econometriche, come la stima delle variabili strumentali, che sono in grado di ridurre i possibili effetti confusivi dovuti alla variazione sistematica della risposta soggettiva.

Si noti come i risultati ottenuti dalla maggior parte degli studi precedenti, che hanno tentato di stabilire una relazione tra la partecipazione ai programmi di credito e l’empowerment femminile, soffrissero di possibili *bias* dovuti all’endogeneità delle motivazioni sottostanti alla decisione di partecipare ad un programma di microcredito, alle variabili individuali e famigliari e alle caratteristiche culturali dell’area specifica. L’eterogeneità non osservabile, e dunque fonte di possibili distorsioni, comprende anche gli atteggiamenti e le caratteristiche

---

<sup>26</sup> Hashemi S.M., S.R. Schuler, and A.P. Riley. (1996) "Rural Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh." *World Development* 24:635-53.

<sup>27</sup> *Ibidem*

dei mariti, delle mogli, degli altri familiari, e i preesistenti livelli di empowerment e di autonomia delle donne.

E’ possibile, ad esempio, che le donne con un livello di empowerment più elevato siano anche quelle con maggiori probabilità di aderire ad un programma di microcredito e di beneficiarne con successo.

Esistono studi che hanno rilevato anche impatti negativi sull’empowerment femminile. La maggior parte di questi si sono concentrati sul livello di controllo dei prestiti da parte delle donne. Goetz e Sen Gupta (1996)<sup>28</sup>, analizzando l’indice di controllo di gestione dei prestiti erogati, hanno scoperto che la maggior parte delle donne sposate esercita un controllo molto limitato, talvolta inesistente sui prestiti (Montgomery, Bhattacharya e Hulme 1996). Ciò ha un’influenza negativa sul processo di restituzione, poiché quando la responsabilità del rimborso passa sotto il controllo degli uomini ed essi dimostrano una scarsa capacità di farvi fronte, si accendono conflitti nel nucleo familiare che vanificano tutti gli obiettivi di sviluppo sottostanti alla pratica del microcredito.

Altri autori ritengono che i prestiti concessi alle donne siano in genere controllati totalmente dai loro mariti, il che porta ad aumentare il grado di dipendenza verso di essi, gli episodi di conflitto interno e violenza durante il processo di rimborso (Leach & Sitaram, 2002; Rahman, 1999). Ignorando le differenze concettuali e metodologiche tra gli studi, i risultati in generale suggeriscono dunque che, anche se i prestiti alle donne portano benefici alle loro famiglie, il loro impatto benefico su di esse è alquanto incerto. Il lavoro di Garikipati (2008)<sup>29</sup> tenta di svelare alcune delle ragioni alla base dell’ *“effetto-paradosso”* esaminando separatamente l’impatto del microcredito sulle famiglie beneficiarie e sulle donne coinvolte. Il campione oggetto di studio proviene da due villaggi in Andhra Pradesh (AP), in India, coinvolti nel programma di microcredito di gruppo (SHG). I risultati sembrano confermare le stesse conclusioni paradossali che caratterizzano la letteratura sul microcredito: seppur i prestiti alle donne aiutino le famiglie ad aumentare il reddito, a diversificare i mezzi di sostentamento e a ridurre la vulnerabilità familiare alle crisi, non è stato registrato alcun aumento del livello di empowerment nelle beneficiarie. L’autrice approfondisce ulteriormente il livello di analisi esaminando una combinazione di dati relativi alla performance creditizia (come l’uso del prestito e il tasso di rimborso) e alle testimonianze dirette delle beneficiarie.

I risultati suggeriscono che il prestito concesso alla donna può comportare un miglioramento della situazione economica familiare, tuttavia non le restituisce una co-proprietà delle attività

---

<sup>28</sup>Goetz AM, Sen Gupta H. Who takes credit? Power and control over loan use in rural credit programs in Bangladesh. *World Dev.*;24:45-63, 1996

<sup>29</sup> Garikipati S., The Impact of Lending to Women on Household Vulnerability and Women’s Empowerment: Evidence from India *World Development* Vol. 36, No. 12, pp. 2620–2642, 2008

produttive di famiglia e provoca un aggravamento ulteriore della tradizionale iniqua suddivisione delle risorse tra lei e il marito. I prestiti somministrati alle donne vengono deviati in funzione delle esigenze produttive o di consumo delle loro famiglie ed esse non sono in grado di dirigere i redditi guadagnati dalle attività verso le rate di rimborso. Il credito da solo difficilmente comporterà un aumento del livello di empowerment della donna, per ottenere ciò è necessario offrire il credito come parte di un pacchetto integrato più ampio che comprenda altri servizi come prestiti non finalizzati alla produzione, programmi di risparmio ed attività assistenziali che consentano alle donne di essere le uniche proprietarie e gestrici dei beni acquisiti tramite i programmi di prestito. (Berger, 1989; Holvoet, 2005; Johnson & Rogaly, 1996; Mayoux, 2005).

Ashraf, Karlan e Yin (2010)<sup>30</sup> attraverso uno studio randomizzato e controllato, hanno implementato un programma di credito in grado di offrire alle beneficiarie la possibilità di gestire e controllare un fondo di risparmio finanziario. Questo programma non mirava necessariamente a incrementare il reddito della famiglia, ma piuttosto ad offrire un dispositivo di risparmio su cui solo il titolare del conto potesse esercitare il controllo. Il prodotto in questione è stato progettato e realizzato con la Banca Verde di Caraga, una banca rurale nelle Filippine.

Le clienti sono state scelte a caso includendo tra le beneficiarie dell’offerta sia donne autonome sia donne con un limitato controllo delle risorse familiari o coniugali.

I risultati hanno mostrato impatti positivi, in particolare per le donne che non beneficiavano di alcun ruolo di rilievo nel processo decisionale, inoltre, è stata riscontrata una maggior tendenza delle famiglie ad investire su beni durevoli per la casa (*female-oriented*), un miglioramento progressivo della capacità delle donne ad autodisciplinarsi e l’adozione di efficaci pratiche di risparmio.

### 3.4.2. Violenza domestica

All’interno del dibattito scientifico degli ultimi anni circa la possibilità che il microcredito si qualifichi come un potente agente di cambiamento sociale e come un mezzo efficace per emergere dalla povertà (Roodman & Morduch, 2009; Kabeer, 2001), si inseriscono i lavori di alcuni ricercatori interessati a comprendere le specifiche conseguenze dell’adesione delle donne ai programmi di microcredito: il miglioramento dello status sociale femminile e la conseguente diminuzione della violenza domestica. Nel dibattito sui programmi di

---

<sup>30</sup> Ashraf N., Karlan D., Yin W., Female Empowerment: Impact of a Commitment Savings Product in the Philippines World Development Vol. 38, No. 3, pp. 333–344, 2010

microcredito e l'empowerment femminile, la violenza coniugale è un tema d'importanza critica soprattutto in Bangladesh, dove vige una rigida società patriarcale e le gravi disparità di genere hanno esasperato il fenomeno della violenza domestica sino a renderla una pratica accettata e persino istituzionalizzata (Schuler & Hashemi, 1994; Koenig et al., 2003). In effetti, secondo il *Demographic and Health Survey*, che raccoglie dati standardizzati di molti paesi in via di sviluppo, i tassi di violenza domestica in Bangladesh sono tra i più alti al mondo: oltre il 52 % delle donne sposate ha subito qualche forma di violenza da parte del marito nel corso della vita coniugale. I programmi di microcredito, particolarmente presenti in Bangladesh dove i tassi di adesione coinvolgono una famiglia su tre, si sono rivelati il terreno ideale per monitorare e studiare il fenomeno della violenza domestica.

Nonostante diversi studi abbiano evidenziato chiaramente alcune influenze positive della partecipazione ai gruppi di microcredito sulla violenza coniugale, il dibattito scientifico è stato alimentato recentemente da ulteriori ricerche che hanno sollevato gravi preoccupazioni in seguito alla rilevazione di maggior incidenza di violenza di genere tra le donne che partecipano a programmi di microcredito (Koenig, Ahmed, Hossain & Mazumdar, 2003).

Schuler et al. (1996)<sup>31</sup> alla luce di risultati inequivocabili suggeriscono che la *membership* ad un'organizzazione di microcredito è associata ad un rischio ridotto di subire violenza domestica. Lo studio ha dimostrato una riduzione dei livelli di violenza in ben due terzi delle famiglie coinvolte in programmi di microcredito, rispetto alle famiglie non coinvolte. Inoltre questi effetti positivi sembrano estendersi anche alle donne che non sono membri, ma vivono in villaggi in cui sono presenti programmi di microcredito.

Koenig et al. (2003)<sup>32</sup> suggerisce che questi effetti benefici potrebbero essere dovuti ad almeno tre fattori: in primo luogo potrebbe essere una conseguenza del miglioramento delle condizioni economiche della famiglia come risultato della partecipazione ai programmi di microcredito di uno dei membri, secondariamente, l'accesso al credito e il conseguente controllo di una risorsa preziosa come il denaro potrebbe aumentare l'autonomia della donna ed elevarne lo status all'interno della famiglia.

In terzo luogo, la minaccia di perdere l'opportunità di ricevere prestiti a causa della violenza potrebbe anche indurre i mariti a diventare meno aggressivi (Hashemi, Schuler & Riley, 1996; Kabeer, 2001; Schuler et al 1996). Inoltre, l'arricchimento della rete relazionale di supporto e l'acquisizione di maggior centralità sociale, guadagnate grazie alla partecipazione ai gruppi, potrebbero agire come riduttori della violenza coniugale (Hashemi et al 1996; Schuler,

---

<sup>31</sup> Schuler SR, Hashemi SM, Riley AP, Akhter S. Credit programs, patriarchy, and men's violence against women in rural Bangladesh. *Soc Sci Med.*; 43:1729-1742, 1996

<sup>32</sup> Koenig MA, Ahmed S, Hossain MB, Khorshed Alam Mozumder ABM. Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual-and community-level effects. *Demography.*; 40:269, 2003

Hashemi, e Badal, 1998;. Schuler et al, 1996) .

D'altra parte, approfonditi studi di tipo qualitativo presentano risultati più ambigui. Da uno studio di Schuler et al. (1998)<sup>33</sup> è emerso che il microcredito potrebbe esacerbare la violenza domestica. La violenza all'interno delle famiglie può peggiorare se l'appartenenza al gruppo incoraggia le donne a sfidare i tradizionali ruoli di genere e a voler mantenere il controllo sulle risorse che tradizionalmente vengono gestite dai mariti. Non appena il coniuge si accorge che il controllo autoritario sulla moglie è compromesso a causa della sua appartenenza al gruppo, si registra un aumento della violenza. L'acquisizione di una maggiore autonomia in termini economici e sociali incoraggerebbe le donne ad acquisire potere all'interno del processo decisionale sfidando l'autorità maschile e fornendo motivi per acuire il conflitto coniugale e familiare.

Allo stesso modo, uno studio condotto da Rahman A. (1999)<sup>34</sup> ha anche rilevato che tra le donne che avevano partecipato a gruppi di microcredito, oltre il 70%, aveva subito un aumento della violenza e solo circa il 20% aveva riferito una riduzione.

Altri studi, inclusi quelli di Jewkes (2002) e Koenig et al. (2003), hanno rilevato la possibilità che gli aumenti di violenza registrati possano rappresentare delle reazioni a breve termine causate dallo shock iniziale che l'adesione a tali programmi comporta rispetto alle norme di genere tradizionali. Questi effetti negativi, tuttavia, potrebbero diminuire nel lungo periodo come risultato dell'aumento del livello di empowerment delle donne. La partecipazione al gruppo tende ad essere, a lungo termine, un fattore protettivo dalla violenza di genere (World Bank, 2009).

Lo studio di S.M. Ahmed (2005)<sup>35</sup>, del Settore Ricerca e Valutazione della BRAC Centre conferma quest'ultima ipotesi. L'autore ha utilizzato un sottoinsieme di dati incrociati raccolti nel 1999 che comprendono 60 studi di BRAC-ICDDR,B condotti nei villaggi di Matlab, in Bangladesh per mettere a confronto le donne che hanno partecipato ai programmi BRAC con quelle che non vi hanno preso parte. Emerge che il maggiore livello di violenza domestica riportato nelle fasi iniziali della partecipazione a BRAC, diminuisce nel corso del tempo. L'autore attribuisce questo risultato alla partecipazione delle donne ai programmi di *training* che sono progettati per fornire ai membri informazioni di tipo finanziario e sanitario.

In base a queste evidenze contraddittorie, l'elaborazione di un'ipotesi conclusiva circa la possibilità che il microcredito possa influenzare la violenza domestica resta dunque in gran

---

<sup>33</sup>Schuler SR, Hashemi SM, Badal SH. Men's violence against women in rural Bangladesh: undermined or exacerbated by microcredit programmes? Dev Pract.; 8:148-157, 1998

<sup>34</sup> Rahman, A., Micro-Credit Initiatives For Equitable And Sustainable Development: Who Pays? World Development 27:67-82, 1999

<sup>35</sup>Ahmed S.M., Intimate partner violence against women: Experiences from a woman-focused development programme in Matlab, Bangladesh. *J Health Popul Nutr.*; 23:95-101, 2005

parte irrisolta.

*Il bias di selezione da un punto di vista psicologico*

E’ bene sottolineare che la maggior parte degli studi che hanno esaminato l’appartenenza ai gruppi di microcredito e gli effetti sulle donne, si sono basati essenzialmente su un campionamento di tipo trasversale affrontando così in modo inadeguato la questione del bias di selezione. I risultati precedentemente esposti possono dunque risultare fuorvianti (Steele, Amin & Naved, 2001) .

E’ necessario considerare, infatti, che la selezione di default (self selection) delle donne nei gruppi di microcredito potrebbe già renderle parte di un gruppo naturalmente più empowerizzato e quindi resistente alla violenza domestica. Viceversa, gli studi di Schuler et al. (1996) suggeriscono che le donne appartenenti a gruppi di microcredito potrebbero essere già più esposte alla violenza domestica, poiché dotate di alti livelli di empowerment e inclini a sfidare le regole di genere e a provocare continue tensioni coniugali.

Mentre fattori come un alto livello di empowerment e alti livelli di educazione sembrano essere fattori protettivi contro la violenza domestica, ricerche cross-cultural, come Jewkes (2002) osserva, suggeriscono che nelle società in cui l’ideologia dominante è di tipo maschile, la violenza domestica tende ad essere più frequente e le strutture sociali e istituzionali contribuiscono a rendere le donne, con idee e opinioni più liberali, vittime di violenza da parte dei loro mariti o di altri maschi della comunità. Questi rischi persistono fino a quando il livello di empowerment delle donne non raggiunge un livello sufficientemente elevato tale da costituire il fattore protettivo predominante.

Un altro possibile *bias* di selezione deriva dalla concreta possibilità che le donne partecipanti ad un programma di microcredito, abbiano delle caratteristiche socio-economiche tali da renderle congenitamente più vulnerabili alla violenza domestica. Sappiamo, infatti, che una caratteristica strettamente connessa ad alti livelli di violenza domestica è la condizione di povertà<sup>36</sup> (Jewkes, 2002; Ellsberg et al, 1999;. Heise, 1998) e i programmi di microcredito sono principalmente indirizzati verso le popolazioni rurali più povere, provenienti dalle fasce socio-economiche più basse. Se, come ampiamente sostenuto dalla letteratura scientifica, le donne povere avessero più probabilità di subire violenze domestiche rispetto alle donne non-povere, allora i membri del gruppo microcredito apparterebbero ad una categoria

---

<sup>36</sup> La correlazione consistente tra povertà e violenza domestica è giustificata soprattutto da un’influente teoria che suggerisce che le famiglie che vivono in povertà hanno livelli più elevati di stress e hanno meno risorse per combatterlo rispetto alle famiglie non povere, e che lo stress media il rapporto tra povertà e violenza domestica, rendendo così le donne povere più inclini a subire la violenza familiare (Jewkes, 2002; Kishor & Johnson, 2006).

intrinsecamente più vulnerabile alla violenza. In conclusione, non è possibile affermare che un più elevato livello di violenza tra i membri del microcredito possa essere attribuito in modo inequivocabile agli effetti del programma (Steele, Amin e Naved 2001).

C’è ancora qualche disaccordo in letteratura sulla natura della connessione tra povertà e violenza domestica, alcuni studi hanno dimostrato che tale correlazione diventa insignificante quando sono presenti fattori protettivi come un livello medio d’istruzione e di qualità della vita. (Diop-Sidibe, 2001).

Hadi A. (2000)<sup>37</sup> interessato ad indagare il fenomeno della violenza con un metodo sperimentale, ha utilizzato interviste semi-strutturate, per raccogliere informazioni sulle caratteristiche socio demografiche e colloqui individuali più approfonditi che vertevano sulla tematica dell’esposizione alle violenze sessuali, nonché sulla natura del rapporto con il proprio partner.

I risultati della ricerca non sono confortati da una significatività statistica, ma da valori tendenziali. Le caratteristiche sociodemografiche esaminate suggeriscono che l’età, il livello di scolarizzazione, e lo status socioeconomico sono legati al verificarsi degli abusi. In particolare l’occorrenza delle violenze diminuisce con l’avanzare dell’età dei due coniugi ed è inversamente proporzionale al grado d’istruzione della donna. I risultati della ricerca mostrano inoltre che il rischio di abusi è più elevato nelle famiglie a basso reddito e che contribuire finanziariamente alle spese famigliari riduce la probabilità di essere vittime di abusi sessuali.

Nel lavoro successivo Hadi A. (2005)<sup>38</sup> conferma tali ipotesi identificando l’età, il livello di istruzione, lo standard di vita e il matrimonio “tardivo” come le determinanti principali implicate nei fenomeni di violenza psicologica e fisica contro le donne.

I risultati indicano che, sebbene non siano del tutto note le cause che inducono un uomo ad essere violento, né i meccanismi attraverso i quali la partecipazione ai programmi di credito modifichi tali comportamenti, le probabilità che una donna subisca un abuso aumenta se questa è giovane, analfabeta e povera, mentre diminuisce se appartiene ad un gruppo di microcredito ed ha avviato un’attività redditizia.

L’ipotesi che l’autore formula per spiegare i risultati di questo studio è che le beneficiarie del microcredito con i proventi delle loro attività, o con la somma stessa del prestito ricevuto, contribuiscano a diminuire lo stress da povertà sperimentato dai mariti (Schuler et al,1998). Di conseguenza, aumenta la possibilità per queste donne di negoziare le decisioni famigliari

---

<sup>37</sup>Hadi A. “Prevalence and Correlates of the Risk of Marital Sexual Violence in Bangladesh” *Journal of Interpersonal Violence* August vol. 15 no. 8 787-805.

<sup>38</sup> Hadi A. (2005) Women’s Productive Role and Marital Violence in Bangladesh *Journal of Family Violence*. Vol:20, Issue :3.

con il coniuge e di modificarne i rapporti di coppia. Inoltre, si può immaginare che il poter contribuire finanziariamente al reddito familiare possa aver incoraggiato le donne vittime di violenze ad assumere un ruolo più attivo all’interno della famiglia.

Secondo Kishor e Johnston (2006), tuttavia, questa incoerenza degli effetti dello status socio economico della famiglia sulla violenza domestica potrebbe dipendere dalla variabilità di definizioni esistenti relativamente al concetto di povertà, di ricchezza e di violenza domestica. La povertà, che attualmente sembra essere il fattore più fortemente connesso ai fenomeni di violenza contro le donne, sembra anche essere legato ad una serie di fattori specifici anch’essi correlati al rischio di violenza domestica. Come illustrato nel quadro concettuale di Heise (1998), i fattori che determinano il rischio di subire violenza coniugale, possono essere di tipo individuale, relazionale, familiare, sociale e culturale. (cfr. Heise, 1998 e Naved & Persson, 2005).

Tra i fattori individuali includiamo una precedente esposizione personale e intergenerazionale alla violenza, al conflitto nel rapporto coniugale e a dinamiche di potere inique; tra i fattori famigliari, sociali e culturali includiamo una struttura familiare e comunitaria che pone enfasi sulla discendenza maschile e la tolleranza sociale verso la violenza contro le donne. L’evidenza generale suggerirebbe che la povertà possa avere forti influenze su ciascuno di questi aspetti, che a loro volta possono potenzialmente costituire fattori di rischio legati alla violenza coniugale.

In conclusione, dunque, per ottenere un’evidenza rigorosa è necessario progettare disegni di ricerca che tengano in alta considerazione il problema del *bias* di selezione e che siano in grado di cogliere le variabili individuali, famigliari e culturali, nonché i fattori socio economici connessi al fenomeno della violenza domestica in popolazioni a rischio.

In questa prospettiva si inseriscono i più recenti *matched case-control studies*. Ashish Bajracharya & Sajeda Amin (2010)<sup>39</sup> hanno estratto dal Bangladesh Demographic Health Survey del 2007 un campione di donne sposate (N = 4.195) utilizzando il metodo Propensity Score Matching (PSM) per esplorare il *bias* di selezione rispetto alla correlazione tra partecipazione ai gruppi di microcredito ed aumento della violenza domestica. I risultati ottenuti suggeriscono che la correlazione positiva individuata da studi precedenti (Schuler et al. 1998) tra la membership e la violenza non si verifica quando nelle analisi viene utilizzato un gruppo di confronto adeguato, generato grazie all’ PSM.

Tali risultati, da una parte, contraddicono l’assunzione che il microcredito possa esacerbare la violenza domestica come conseguenza della sfida da parte delle donne alle norme di genere

---

<sup>39</sup> Ashish Bajracharya & Sajeda Amin Poverty, Micro-credit Program Membership and Domestic Violence in Bangladesh: A Study using Propensity Score Matching , 2010

tradizionale; dall’altra non confermano i risultati (Schuler et al. 1996; Koenig et al. 2003) che postulano l’esistenza di effetti positivi della membership sulla violenza domestica. Quando i fattori distintivi e i bias legati alla selezione sono equamente e sufficientemente distribuiti tra i membri e i non membri (gruppo di controllo e gruppo sperimentale), l’adesione al microcredito pare non avere una grande influenza sulla violenza domestica.

#### *Commenti*

I risultati emersi sono coerenti con l’idea che la partecipazione delle donne ai programmi di microcredito contribuisca ad aumentare l’empowerment delle donne. I programmi di credito aiutano le donne ad assumere un ruolo di maggior importanza nel processo decisionale familiare, ad avere un maggiore accesso alle risorse finanziarie ed economiche, ad ampliare le loro reti sociali, ad aumentare il potere contrattuale nei confronti dei loro mariti e ad avere una maggiore libertà di movimento. Esse tendono inoltre a migliorare la qualità della comunicazione coniugale in generale e relativamente alla pianificazione familiare e alle preoccupazioni genitoriali. Gli effetti del controllo maschile del credito sull’empowerment delle donne si sono rivelati generalmente negativi.

### **3.4.3. Promozione della salute e del benessere**

Il microcredito rientra tra la gamma di interventi che possono contribuire significativamente al miglioramento della salute della donna. Il miglioramento delle condizioni socio-economiche aumenta anche le probabilità di accesso a preziose informazioni riguardanti la salute. Secondo Mohindra K.S. et Al. (2008) sono quattro le vie che possono portare dalla partecipazione ai programmi di microcredito alla promozione del benessere: la via economica, la via sociale, la via psico-sociale e la via politica. Il miglioramento delle condizioni economiche comporta un maggior accesso alle risorse collettive e ai beni o servizi pubblici, la costruzione di una rete di sostegno sociale contribuisce ad aumentare la pressione sulle norme sociali e culturali che influenzano i comportamenti relativi alla salute, un potenziamento del livello di autostima e di consapevolezza di sé offre alle donne l’opportunità di impegnarsi attivamente nella ricerca del benessere individuale e familiare, infine, un maggior sviluppo delle donne in termini economici, psicologici e sociali può tradursi in un aumento del potere politico e decisionale in grado di influenzare il diritto di accesso delle donne alle risorse pubbliche.

Gli studi condotti finora hanno fornito delle solide evidenze che mettono in relazione la partecipazione al microcredito delle madri e il conseguente miglioramento della salute madre/bambino in termini di: uso consapevole dei metodi contraccettivi, conoscenza delle

cure adeguate nel periodo pre e post natale e controllo delle fasi di crescita e maturazione del bambino. Inoltre, sono stati registrati esiti positivi anche in altre dimensioni che riguardano la salute della donna, come le condizioni nutrizionali personali e la frequenza di accesso ai servizi ospedalieri.

Ciò nonostante, tutti gli studi soffrono della mancanza di un quadro teorico di riferimento, le evidenze disponibili derivano da studi trasversali e sono limitate al loro campo di applicazione e ciò preclude la possibilità di generalizzare i risultati e di individuare un nesso causale tra la partecipazione a programmi di microcredito e la promozione della salute. La maggior parte degli studi sull’argomento hanno esaminato la Grameen Bank e altri noti programmi in Bangladesh fornendo scarse informazioni sui programmi di microcredito in altre regioni del mondo. L’analisi di questa associazione richiederebbe l’applicazione di studi più rigorosi che evitino di influenzare i risultati.

Con molta probabilità il microcredito non può incidere su tutte le dimensioni della salute, tuttavia può avere un ruolo cruciale nella promozione della salute delle donne e delle loro famiglie producendo un conseguente miglioramento del benessere individuale e familiare. Gli studi seguenti confermano come, tramite un intervento operato sul singolo individuo, o sul gruppo, sia possibile apportare cambiamenti e miglioramenti all’intera comunità, innescando un *circolo virtuoso* che porta con sé dei benefici per l’intero sistema in termini di ampia diffusione delle pratiche di prevenzione e di promozione della salute.

Nanda (1999)<sup>40</sup> ha analizzato alcuni dati provenienti da un campione di 1798 famiglie del Bangladesh Rurale, raccolti su 87 distretti coperti dai servizi finanziari della Grameen Bank e dal *Bangladesh Rural Advance Committee* (BRAC) allo scopo di rilevare se la partecipazione ai programmi di microcredito influisse significativamente sull’accesso delle famiglie ai servizi sanitari. I risultati confermano tale ipotesi e rilevano l’efficacia di quei programmi di credito, che, insieme a servizi di tipo finanziario, sviluppano anche azioni di promozione della salute allo scopo di aumentare il potere decisionale delle donne in famiglia e nella comunità.

Doocy, Teferra, Norell & Burnham (2005)<sup>41</sup> si sono posti l’obiettivo di valutare le condizioni nutrizionali di un gruppo di contadini dell’Etiopia durante un periodo di siccità e di precarietà alimentare, verificando le differenze tra i nuovi e vecchi clienti della *WISDOM Microfinance Institution* e una comunità di controllo priva di programmi di microcredito. Lo studio trasversale è stato condotto su tre gruppi di 819 famiglie. Sulla base di una valutazione generale relativa alle condizioni di malnutrizione delle famiglie, i risultati sottolineano

---

<sup>40</sup> Nanda (1999) Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: Is there a positive impact? Center for Health and Gender Equity, Takoma Park.

<sup>41</sup> Doocy S., Teferra S., Norell D., e Burnham G. (2005) Credit program outcomes: coping capacity and nutritional status in the food insecure context of Ethiopia. *Soc Sci Med.* May; 60(10):2371-82.

importanti differenze tra i gruppi esaminati: le donne che partecipano da più tempo al programma di microcredito dimostrano migliori condizioni di salute e minore necessità di usufruire degli aiuti alimentari. Non essendo state rilevate differenze significative intra e inter gruppi relativamente all’uso di strategie di coping adeguate, non possiamo attribuire le migliori condizioni di salute di alcuni soggetti alle differenti capacità individuali nel fronteggiare situazioni di crisi.

Uno studio realizzato nella Repubblica Dominicana di Dohn et Al. (2004)<sup>42</sup> ha valutato l’impatto di differenti metodologie di promozione della salute su tre distinte comunità.

In una comunità è stato realizzato unicamente un programma di promozione della salute, in un’altra un programma di microcredito, e nella terza entrambi. L’ipotesi di partenza degli autori sosteneva la possibilità di registrare, sulla base degli undici indicatori di benessere adottati per la valutazione, esiti migliori nella comunità che aveva usufruito di entrambi gli interventi ed esiti minori nella comunità che aveva beneficiato del solo programma di microcredito.

I risultati hanno registrato un miglioramento in tutte e tre le comunità. Tuttavia, nella comunità in cui erano presenti sia gli interventi finanziari, sia gli interventi di promozione della salute, si sono registrati incrementi maggiori negli indicatori di benessere rispetto alle comunità in cui era stato attuato l’intervento singolo.

Lo studio di Mohindra, Haddad & Narayana (2008)<sup>43</sup> analizza le correlazioni esistenti tra la partecipazione femminile ad un programma di microcredito in Kerala basato sui Self Help Groups (SHG) e l’efficacia degli interventi di promozione della salute per le donne da esso veicolati. Il presente studio trasversale si basa sui dati forniti da un’indagine speciale realizzata nel 2003 da una Panchayat (unità territoriale decentrata) che ha consentito di raccogliere informazioni dettagliate sulle caratteristiche individuali delle donne, sui loro comportamenti in materia di salute, (es: auto-esclusione dall’assistenza sanitaria, livello di esposizione ai rischi per la salute, potere decisionale in famiglia) e sulle loro effettive condizioni di benessere psico-fisico rilevate tramite self report. Il campione di studio ha incluso 928 giovani donne di basso status socio-economico.

I risultati mostrano che, tra le famiglie in cui è presente un beneficiario di programmi di microcredito, la probabilità di essere esclusi dai sistemi sanitari è significativamente più bassa (in modo particolare tra coloro che sono membri da più di due anni) rispetto ai membri più

---

<sup>42</sup> Dohn AL, Chávez A, Dohn MN, Saturria L, Pimentel C. Changes in health indicators related to health promotion and microcredit programs in the Dominican Republic. *Rev Panam Salud Publica*. Mar;15(3):185-93. 2004

<sup>43</sup> Mohindra KS, Haddad S., Narayana D Can microcredit help improve the health of poor women? Some finding

from a cross-sectional study in Kerala, India *International Journal for Equity in Health*, 7:2008

recenti (meno di due anni). Le famiglie in cui non sono presenti beneficiari di programmi di microcredito, invece, hanno maggiore probabilità di essere esclusi dal sistema sanitario. Inoltre, i risultati rilevano che, coloro che sono membri delle SHG da più tempo, hanno meno probabilità di sperimentare forme di stress emotivo e fisico rispetto ai non membri. Non è stata individuata alcuna correlazione tra la partecipazione al SHG e il livello di esposizione generale a rischi per la salute.

La letteratura scientifica è concorde nell’attribuire ai programmi di microcredito un ruolo importante nelle attività di prevenzione delle malattie infettive a trasmissione sessuale nei Paesi in Via di Sviluppo.

In tal senso alcuni studi recenti hanno evidenziato il crescente interesse della ricerca ad individuare nella microfinanza la strategia elettiva per la riduzione del rischio HIV/AIDS (Stratford et al. 2008).

La crescente popolarità degli studi che hanno analizzato gli effetti dell’integrazione di programmi di prevenzione dell’HIV/AIDS ai programmi di microfinanza, può essere dovuta, in primo luogo, alla convinzione che la microfinanza possa costituire una strategia promettente per mitigare l’impatto economico negativo su tutti coloro che ne sono affetti (Barnes, 2003, 2005; Parker, 2000); in secondo luogo, alla necessità di indagare la questione della sostenibilità e l’effettiva capacità di rimborsare prestiti dei clienti che provengono da Paesi in Via di Sviluppo dove vi è un più alto rischio di contrarre l’HIV/AIDS (Gommans 2006; Bundred 2006; Mayoux 2001).

Nella lotta contro la riduzione del rischio di HIV/AIDS, porre l’accento sulla responsabilizzazione economica delle donne appare come la strategia di prevenzione più efficace e più urgente. I risultati della letteratura indicano che le donne in condizioni economiche svantaggiate o dipendenti economicamente hanno più probabilità di adottare comportamenti ad alto rischio di trasmissione di malattie infettive poiché sono meno in grado di negoziare sesso sicuro con i partners, hanno meno probabilità di ribellarsi ad un rapporto violento (che aumenta anche il rischio di contrarre l’HIV), e sono più propense a scambiare prestazioni sessuali in cambio di beni materiali (Exner et 2003. Hallman 2004). Inoltre, alcuni studi hanno rilevato che molte donne cominciano a prostituirsi perché costrette, e poi vi rimangono intrappolate per motivi economici (Manopaiboon et al 2003;.. Minh Tan et al 2004). Noti studi dimostrano che l’indipendenza economica delle donne è un importante fattore protettivo che consente loro di negoziare sesso sicuro (Grieg e Koopman 2003; Hallman 2004). Dunque, nella misura in cui i programmi di microcredito sono in grado di fornire alle donne fonti alternative di reddito e di promuovere la loro emancipazione economica, possono anche promuovere l’adozione di comportamenti che prevengano il

rischio di contrarre il virus.

Esistono pochissimi studi economici effettuati su programmi integrati di microcredito e di prevenzione dell'HIV testati a livello nazionale o internazionale. *Hargreaves et Al.* (2007)<sup>44</sup>, ha condotto tra il Settembre 2001 e il Marzo 2005 lo studio IMAGE “*With Microfinance for AIDS and Gender Equity*” nella zona rurale Limpopo in Sud Africa.

Tramite l’utilizzo di un disegno sperimentale a cluster randomizzato, egli verifica l’ipotesi che la combinazione tra la partecipazione di un programma mirato alla riduzione della povertà e quella ad un corso di formazione partecipativa sulla prevenzione di HIV e sui diritti di genere, possa migliorare il benessere economico e sociale delle donne, riducendo sensibilmente i fenomeni di violenza domestica. La valutazione dei risultati, basata sulla presenza di episodi di violenza domestica e sull’analisi di nove indicatori del livello di empowerment delle donne, mostra che, dopo due anni, il rischio di subire le violenze fisiche o sessuali subite l’anno precedente è stato ridotto di oltre la metà. Inoltre sono stati osservati miglioramenti relativamente a tutti i nove indicatori di empowerment: le donne si sono dimostrate più capaci di contrattare l’uso di pratiche contraccettive con i partners, di prendere le distanze dai rapporti violenti e di sensibilizzare le altre donne della comunità a queste temi.

#### *Commenti*

Tutti gli studi presentati, pur provenendo da diversi contesti di applicazione, hanno sempre rilevato una correlazione positiva tra la partecipazione ai programmi di microcredito e un miglioramento della salute e del benessere di coloro che vi hanno preso parte. Questi dati testimoniano l’importanza dell’impatto del microcredito a livello sociale e il valore del lavoro autonomo, che restituisce alla persona una più ampia possibilità di incidere sul proprio destino con conseguenti e significativi miglioramenti, non solo per sé, ma anche per le proprie famiglie sotto il profilo della sicurezza alimentare e della salute.

### **3.4.4. Salute mentale e benessere psicologico**

Il rapporto OMS del 2001 conferma l’esistenza di una relazione tra povertà e salute mentale. La povertà può essere un fattore scatenante o un fattore di rischio per la depressione, il suicidio, l’abuso di alcool e sostanze illecite. In generale, per altre patologie, la povertà contribuisce al peggioramento delle condizioni di vita dell’individuo.

---

<sup>44</sup> Hargreaves JR, Pronyk PM, Kim JC, et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate partner violence and HIV in rural South Africa: results of a cluster randomized trial. *Lancet*;368:1973-1983. 2006

Non vi è ancora prova evidente che la riduzione della povertà possa comportare un beneficio alla salute mentale di una popolazione, ma al contrario è provato che la malattia mentale abbia un ruolo rilevante nel mantenere le condizioni di povertà.

Una vasta letteratura scientifica ha dimostrato che lo stress emotivo derivante dalla povertà e dalle condizioni economiche precarie, può portare allo sviluppo e/o al mantenimento di disturbi mentali comuni come l’ansia e la depressione (Bruce, Takeuchi & Foglia, 1991; Rodgers, 1991; Weich & Lewis, 1998). È inoltre noto che la malattia fisica possa essere anche una conseguenza dello stress emotivo, dal momento che, il benessere psicologico si costituisce come fattore protettivo contro la mortalità precoce e la malattia (Stewart-Brown, 1998). La condizione svantaggiata delle donne nella società dei Paesi in Via di Sviluppo aumenta la loro probabilità di sperimentare situazioni di vita stressanti, che possono a loro volta innescare o acuire episodi di malattia mentale (Patel, Araya, de Lima, Ludermit, e Todd, 1999; Sherrill et al, 1997 ).

In uno studio multicentrico condotto dall’OMS sui problemi psicologici nella cura della salute generale, le donne sono risultate essere 1,6 volte più inclini degli uomini a soffrire di depressione e disturbi d’ansia, o di panico da agorafobia (Gater et al., 1998). Questa differenza sembra derivare da una combinazione di fattori legati alle strategie utilizzate per fronteggiare lo stress, a componenti biologiche e al contesto sociale d’appartenenza (Paykel, 1991).

Khatun, Wadud, Bhuiya, & Chowdhury (1998)<sup>45</sup>, progettando uno studio con l’intenzione di sviluppare una scala di indicatori per la misurazione del benessere psicologico delle donne nelle comunità rurali, hanno riconosciuto l’importanza dell’inclusione dei beni cosiddetti “intangibili” all’interno della valutazione della qualità di vita degli individui e delle comunità. I programmi di sviluppo che mirano al miglioramento della dimensione economica “tangibile” degli individui trascurano, generalmente, l’impatto dei fattori soggettivi implicati nella discrepanza tra le aspettative iniziali e i successi ottenuti, così come l’impatto che ansie e tensioni, derivanti dalla recente assunzione di ruoli non convenzionali, possono avere sul benessere emotivo e fisico delle donne.

Uno studio successivo di Ahmed Chowdhury & Bhuiya (2001)<sup>46</sup> analizza gli episodi di stress emotivo sperimentato dalle donne povere delle zone rurali incluse nei programmi di credito BRAC per la creazione di attività economiche generatrici di reddito nella regione di Matlab, in Bangladesh.

Gli autori hanno confrontato un gruppo di donne beneficiarie di programmi di microcredito

---

<sup>45</sup> Khatun, M., Wadud, N., Bhuiya, A., & Chowdhury, M. (1998). Psychological well-being of rural women: Developing measuring tools. Working Paper No. 23. Dhaka: BRAC-ICDDR, B Joint Research Project.

<sup>46</sup> Ahmed, S., Chowdhury, M. and Bhuiya, A. Micro-credit and emotional well-being: Experience of poor rural women from Matlab, Bangladesh. (2001)World Development 29:11 , pp. 1957-1966.

con un gruppo di donne non beneficiarie e appartenenti ad uno status socioeconomico simile. L'analisi multivariata ha rivelato che gli interventi BRAC in Matlab sono associati ad un significativo e positivo aumento del benessere economico (Husain et al., 1996), tuttavia non è stata rilevata una differenza significativa relativamente alla prevalenza di maggior stress emotivo tra le donne più povere.

I risultati indicano, inoltre, che, nella fase iniziale di adesione al programma, il microcredito non sembra influenzare positivamente il benessere emotivo e psicologico delle destinatarie. Anzi, si potrebbe sostenere che, il coinvolgimento nelle attività produttive provochi inizialmente un maggiore stress emotivo soprattutto se sono compresenti alcuni fattori ritenuti predittivi di malessere psicologico come: un clima familiare conflittuale, un elevato numero di figli, uno stato di salute fisica precario e le controversie con i vicini, spesso provocate da dispute sul passaggio generazionale delle proprietà terriere (Momen, Bhuiya & Chowdhury, 1995)

Poiché gli interventi BRAC in Matlab sono stati attivati in tempi recenti (al momento del sondaggio la durata massima di adesione era di 22 mesi), è doveroso supporre che tale periodo non possa considerarsi sufficiente ad incidere in modo totalizzante sulla vita dei poveri, in particolare modo, sul loro benessere emotivo. Questa ipotesi è rafforzata dal fatto che, nel campione selezionato, è stata rilevata un'elevata prevalenza di sintomi depressivi preesistenti alla partecipazione ai programmi di microcredito. Quasi la metà dei soggetti intervistati (in maggioranza appartenenti al gruppo sperimentale di BRAC) era caratterizzata dall'adozione di un atteggiamento fatalista e rassegnato nel far fronte alle situazioni di stress quotidiano e mostrava una generale mancanza di fiducia nelle personali capacità di coping utili a fronteggiare situazioni di crisi.

L'attenzione di alcuni autori si è concentrata sullo studio dei fattori psicologici negativi che sembrano essere implicati nella partecipazione al programma di microcredito. Uno di questi è lo stress causato dalla pressione del gruppo dei pari, utilizzato in alcune metodologie (joint liability) come un sostituto delle garanzie sulla riscossione sistematica del prestito. Rahman A. (1999) sottolinea come molte beneficiarie riescano a sostenere uno schema di rimborso regolare attraverso un processo di riciclaggio del prestito che aumenta considerevolmente il debito delle singole famiglie acuendo di conseguenza la frustrazione e la tensione interna alla famiglia.

Bisogna considerare, inoltre, che le donne destinatarie di programmi di microcredito devono sfidare le norme di genere socio-culturali esistenti per gestire un'attività economica autonoma e poter realizzare gli obiettivi sottesi alla pratica del prestito. Il tempo che esse dedicano alla produzione di reddito e alla partecipazione alle attività organizzative dei programmi (riunioni

di gruppo, corsi di formazione, ecc), sottrae tempo agli obblighi coniugali e genitoriali rischiando di compromettere gli equilibri famigliari.

Non è dunque corretto ritenere che ad un miglioramento delle condizioni di benessere socio economico corrisponda necessariamente anche un miglioramento del benessere psico-emotivo. Il benessere psico-emotivo è, infatti, uno stato soggettivo che riflette la situazione generale dell’individuo: a livello sociale, fisico e materiale. Generalmente gli interventi di sviluppo si focalizzano soprattutto sul miglioramento delle condizioni di vita materiali (tangibili) dei destinatari, quali l’aumento del reddito attraverso investimenti produttivi, il mantenimento o l’accumulo di beni che consentono di far fronte alle situazioni di crisi, investimenti nell’istruzione dei bambini e nell’assistenza sanitaria per la famiglia (Hulme, 2000). Raramente si valuta il miglioramento dei fattori soggettivi che contribuiscono al mantenimento di un’alta qualità della vita in termini di benessere psicologico. Molti critici sostengono che le organizzazioni che promuovono lo sviluppo, concentrandosi sulle donne come gruppo prioritario, non sono riuscite a riconoscere la loro specifica vulnerabilità ai disturbi mentali comuni (Patel et al., 1999).

Patel e Kleinman (2003)<sup>47</sup> su commissione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno realizzato una rassegna su undici studi provenienti da sei Paesi tra Africa, Asia, e America Latina, con l’obiettivo di analizzare i processi esplicativi alla base della correlazione tra disturbi mentali e povertà per identificare i piani di prevenzione più adeguati.

I risultati indicano una forte prevalenza di disturbi depressivi e disturbi d’ansia, secondo la classificazione dell’ICD-10<sup>48</sup>. Su undici studi considerati dieci hanno mostrato una relazione significativa tra l’incidenza dei disturbi mentali e gli indicatori di povertà.

Alla luce dei risultati ottenuti gli autori hanno inserito il dispositivo del microcredito tra le proposte strategiche di prevenzione primaria e secondaria.

Più recentemente Patel et al. (2010)<sup>49</sup> hanno condotto una revisione sistematica della letteratura epidemiologica interessata ad analizzare la relazione tra povertà e disturbi mentali. Tra i 115 studi considerati, l’analisi bivariata ha individuato nel 79% di essi una prevalenza di associazioni positive tra alcuni di indicatori di povertà e il tasso di prevalenza dei disturbi mentali comuni, nel 19% nessuna correlazione rilevante, nell’8% la presenza di associazioni negative. Tuttavia, un esame più attento delle dimensioni di povertà specifiche rivela un quadro più complesso, in cui si riscontrano differenze sostanziali tra queste dimensioni.

---

<sup>47</sup> Patel et al (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 81:609-615.

<sup>48</sup> Decima revisione della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati

<sup>49</sup> Patel et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review *Social Science & Medicine* 71; 517-528 (2010)

Mentre variabili come la mancanza d’istruzione, l’insicurezza alimentare, la scarsa qualità dell’alloggio, lo stato socio-economico basso e le tensioni finanziarie presentano un’associazione relativamente coerente e forte con i disturbi mentali comuni, altri fattori come il reddito, l’occupazione ed il tasso dei consumi mostrano correlazioni più fragili. Tali variazioni possono essere spiegate dalla diversità delle misurazioni effettuate e dai fattori specifici della popolazione di riferimento.

#### *Commenti*

In conclusione, i dati di cui disponiamo non sono sufficienti per asserire che il microcredito possa costituirsi come strumento terapeutico elettivo nella lotta all’insorgenza e all’incidenza dei disturbi mentali connessi alla condizione di povertà, tuttavia, in base alle conclusioni di Patel e Kleinman e degli autori citati in precedenza, il microcredito può essere considerato un’efficace strategia.

I programmi che investono sull’educazione e sul microcredito possono avere l’effetto inatteso di ridurre il rischio di disturbo mentale, in tal senso il microcredito probabilmente non può incidere sulla diminuzione del numero di persone affette da disturbi mentali, ma può forse evitare che un maggior numero di persone ne sia affetto.

### **3.4.5. Dinamiche di gruppo**

Nella vasta letteratura dedicata all’argomento troviamo numerose definizioni di gruppo, in gran parte interessanti, e allo stesso tempo assai riduttive. Quale che sia la definizione più corretta, sappiamo di certo che il gruppo rappresenta un “luogo” all’interno del quale si verificano delle dinamiche che influenzano il comportamento di tutti i suoi membri.

Le ricerche presentate di seguito dimostrano che nella pianificazione dei programmi di microcredito è fondamentale tenere in debita considerazione tali dinamiche al fine di assicurare la buona riuscita del progetto.

Il modello Grameen, il più noto progetto di microcredito nel mondo, è basato sul sistema del *solidarity group*. Questa metodologia, attualmente in uso in più di 43 Paesi, si basa sulla creazione di un gruppo di reciproco aiuto che sostiene ciascun beneficiario. Il prestito viene concesso dalla banca solo a condizione che il richiedente faccia parte di un gruppo di almeno cinque persone.

Non ci sono strumenti legali che regolano i rapporti tra la Grameen Bank e i suoi membri, l’intero sistema è basato sulla fiducia. Per integrare il prestito, la Grameen Bank richiede regolarmente ai membri di risparmiare una piccola somma di denaro che andrà a costituire un

fondo di emergenza per i membri stessi e per il gruppo. Questi fondi servono per tamponare le eventuali insolvenze contingenti.

I *solidarity groups* generalmente sono molto piccoli, composti al massimo da cinque membri e costituiscono la dimensione ideale per assicurare al gruppo il massimo livello di responsabilità condivisa scoraggiando i comportamenti opportunisti, e per prevenire il collasso del gruppo stesso a causa dell’inaffidabilità di uno solo dei suoi membri.

Esistono altri tipi di metodologie di credito basate sul gruppo che rappresentano delle varianti al *solidarity group* ed eliminano il problema della selezione avversa e del rischio morale, (*adverse selection e moral hazard*) poiché dipendono da un sistema di garanzie incrociate grazie al quale ogni membro del gruppo garantisce la restituzione degli altri membri. Queste metodologie, utilizzate dai Villages Banking, dai Self help groups e in modo massiccio dai *joint liability groups*, sono oggetto di particolare attenzione da parte degli studiosi, poiché, se da un lato il timore di danneggiare la propria reputazione funge da meccanismo regolatore del prestito, dall’altra crea disagi ai beneficiari ostacolando il processo di sviluppo.

Tale metodologia è spesso associata ad un miglioramento dei tassi di rimborso e a bassi costi di transazione, poiché il prestito tra pari fornisce incentivi per monitorarsi a vicenda e far rispettare reciprocamente i processi di rimborso. Creando un gruppo di clienti legati l’uno al prestito dell’altro, il prestatore può sfruttare le informazioni dei locali per migliorare la selezione, il monitoraggio e l’applicazione del meccanismo di credito. Grazie alla responsabilità del gruppo, i clienti sono incentivati a selezionare gli altri clienti in modo che solo persone degne di fiducia possano essere ammesse al programma. Inoltre, i clienti si assicurano che i prestiti siano investiti correttamente in imprese redditizie. Infine, la performance tende a migliorare perché i clienti devono fronteggiare la pressione del gruppo, oltre a quella legale, per rimborsare i loro prestiti.

Negli ultimi anni, alcuni istituti di microcredito, come *Association for Social Advancement* (ASA) in Bangladesh o la Banca Rakyat in Indonesia (BRI), hanno registrato una rapida espansione grazie a prestiti a responsabilità individuale. Altri, come BancoSol in Bolivia, hanno convertito una gran parte del portfolio costituito da gruppi di prestito a responsabilità condivisa a gruppi di prestito a responsabilità individuale. Anche la Grameen Bank ha recentemente (1998-2000) allentato la clausola che regola la responsabilità di gruppo nel programma Grameen II permettendo agli inadempienti di rinegoziare i loro prestiti senza fare leva sulla pressione di gruppo. Molti di questi gruppi (ad esempio, ASA) hanno attuato questo cambiamento, mantenendo intatta la presenza del gruppo. Così, mentre la responsabilità è individuale, il processo di gruppo aiuta i finanziatori a ridurre i costi di transazione, mantenendo i vantaggi della condivisione del prestito come la selezione e il monitoraggio dei

pari. Il passaggio alla responsabilità individuale non ha caratterizzato solo la storia della Grameen Bank e di poche altre grandi IMF, ma anche di molti *donors* di tutto il mondo.

Questo spostamento dalla responsabilità di gruppo alla responsabilità individuale ha accelerato il processo di apprendimento della comunità della microfinanza su alcune problematiche legate alla responsabilità di gruppo. In primo luogo, i clienti non amano la tensione causata dalla responsabilità condivisa: l'eccessiva tensione tra i membri, infatti, non è solo responsabile delle interruzioni volontarie, ma, ancora peggio, può anche danneggiare il capitale sociale tra i membri, che è particolarmente importante nell’assicurare la consistenza delle reti di sicurezza. In secondo luogo, l’opportunismo di alcuni membri può contagiare i buoni clienti comportando un aumento del tasso di insolvenza. In altre parole, un cliente può non rimborsare il prestito perché sa che qualcun’ altro pagherà al posto suo contando anche sull’indifferenza dell’ istituzione. In terzo luogo, la responsabilità di gruppo è più costosa per i buoni clienti che spesso sono tenuti a rimborsare i prestiti dei loro pari. Questo può determinare un aumento del *drop out* e delle difficoltà nell’attirare nuovi clienti. Inoltre l'eterogeneità dell’ammontare dei prestiti può provocare tensione all'interno del gruppo cosicché i clienti con prestiti più piccoli possono essere riluttanti a fungere da garante per le persone con prestiti più consistenti. In sintesi, mentre il tasso di rimborso può migliorare in condizioni di responsabilità condivisa, il numero dei clienti rischia di diminuire. Non è ancora chiaro se la responsabilità di gruppo migliori la redditività complessiva della IMF e favorisca l'accesso dei poveri al mercato finanziario.

Nonostante la questione responsabilità di gruppo *versus* responsabilità individuale sia di fondamentale importanza, la ricerca empirica non ha ancora fornito ai responsabili politici e alle istituzioni chiare evidenze utili a determinare i meriti relativi alle due diverse metodologie.

Tale questione è rimasta senza risposta, poiché le IMF in genere scelgono la tipologia in base al contesto in cui operano, la maggior parte dei *microlenders*, infatti, tende ad utilizzare un solo tipo di prestito ed è dunque difficile identificare l’impatto della differente metodologia contrattualistica tramite uno studio di tipo trasversale nello stesso contesto.

Il meccanismo di responsabilità condivisa, in alcuni casi, prevede che i beneficiari indichino un co-garante, generalmente un familiare o un amico, da coinvolgere in una condivisione della responsabilità dell’intero processo di rimborso del prestito. L’applicazione del meccanismo di tale controllo informale può comportare una pressione eccessiva sul beneficiario rischiando così di esporlo allo stigma sociale o ad una qualche forma di punizione collettiva (Besley e Coate, 1995) sino, nei casi più estremi, a provocare risultati tragici come il suicidio dei beneficiari stessi. La correlazione tra stigma sociale e rischio di

suicidio è già stata documentata ampiamente in altre discipline.

Bresley (1995), ad esempio, ha osservato tale fenomeno tra i partecipanti ad un programma di microcredito in Giappone che prevedeva un sistema di *joint liability* con un co-garante. Chen, Choi e Sawada (2010)<sup>50</sup> intendono fornire una spiegazione di come un credito possa comportare, a volte, un aumento del tasso di suicidi tra beneficiari di crediti vincolati da un contratto che prevede un terzo come garante. I risultati di un’inchiesta condotta su 305 partecipanti, (52 lavoratori autonomi e 243 lavoratori dipendenti) rivelano che il 46,2 % dei lavoratori autonomi (n 24 su 52) ha commesso un tentativo di suicidio a causa di debiti multipli e/o poiché coinvolto in un contratto di *joint liability*, rispetto al 14,4 % tra i lavoratori non autonomi (n 39 su 243). Inoltre, approssimativamente un terzo dei suicidi commessi da lavoratori autonomi (n 17 su 52) era dovuto a problemi di co-garanzia, in opposizione ai 3,6 dei suicidi tra i lavoratori non autonomi (n 9 su 253) dovuto allo stesso problema.

La letteratura si è focalizzata quasi esclusivamente sulla comparazione delle performance di rimborso tra la responsabilità condivisa in gruppo e quella individuale. Ghatak e Guinnane (1999) suggeriscono che la responsabilità di gruppo può aiutare le istituzioni ad aumentare il tasso di rimborso attraverso quattro canali: (i) accertandosi del livello di rischio di insolvenza dei beneficiari (selezione avversa), (ii) assicurandosi che i prestiti siano usati correttamente (ex-ante moral hazard), (iii) assicurandosi che i beneficiari dicano la verità in caso di inadempienza (monitoraggio), (iv) incoraggiando il pagamento se un beneficiario è riluttante a rimborsare il prestito (inadempienza volontaria).

Altri studi suggeriscono che la responsabilità di gruppo potrebbe, invece, compromettere il rimborso dei singoli. Ad esempio, Besley e Coate (1995) sottolineano che i beneficiari che rimborserebbero il prestito in situazione di responsabilità individuale, forse non lo farebbero in situazione di responsabilità di gruppo. Può verificarsi, infatti, che i membri solventi realizzino di non potere fronteggiare come gruppo le insolvenze altrui e dunque, sulla base delle regole esistenti, di non poter beneficiare ulteriormente dei prestiti successivi. In tal caso, anche i membri in grado di rimborsare potrebbero decidere di diventare inadempienti dal momento che l’incentivo del credito futuro ha perso di significato.

Madajewicz (2005) sostiene che la responsabilità del gruppo sia adatta solo per clienti molto poveri. Nel suo modello, infatti, tutti i prestiti sono corposi poiché la situazione di responsabilità di gruppo incentiva i membri ad assumersi un rischio più elevato ed a realizzare progetti più rischiosi. I clienti più ricchi preferiscono inserirsi in una metodologia a responsabilità individuale. A conferma di tale ipotesi le IMF tendono a utilizzare una

---

<sup>50</sup> Chen, Choi e Sawada (2010) Joint liability borrowing and suicide: the case of Japan *Economics letters* 109 (2010) 69-71

contrattualistica di tipo individuale con i clienti che hanno dimostrato di avere più successo nel processo di sviluppo.

Gin & Karlan (2007)<sup>51</sup> nel tentativo di dare un contributo al dibattito hanno condotto un esperimento presso la Green Bank del Caraga nelle Filippine. Gli autori hanno assegnato random la metà dei 169 sportelli di credito preesistenti, basati originariamente sul modello *joint liability group*, a centri basati sulla metodologia individuale (gruppo di trattamento), conservando nell’altra metà la metodologia a responsabilità di gruppo (gruppo di controllo). Attraverso questa conversione gli autori sono stati in grado di valutare la supremazia in termini di efficacia e superamento delle asimmetrie informative dell’uno e dell’altro metodo. I risultati hanno indicato che la conversione dei centri preesistenti in una metodologia di tipo individuale non ha influenzato il tasso di rimborso e ha comportato una crescita della numerosità dei membri favorendo l’assunzione di nuovi clienti. Inoltre, è stato riscontrato che la responsabilità individuale ha comportato una diminuzione del monitoraggio relativo alle reciproche performance di restituzione pur non incidendo sul tasso di insolvenza.

Nonostante gli indubbi risultati positivi connessi ai programmi di microfinanza, la letteratura ha dedicato particolare attenzione alla valutazione della qualità dei progetti auto-imprenditoriali, trascurando il metodo attraverso cui le risorse umane debbano essere assemblate per favorire tali progetti. All’interno della metodologia di responsabilità gruppe quali sono i meccanismi che facilitano la performance e sfruttano il potenziale del capitale sociale per assicurare un buon esito del processo di sviluppo individuale e comunitario?

Woolcok (1999)<sup>52</sup> analizza alcuni casi di insuccesso di programmi di microfinanza basati sulla metodologia gruppe, al fine di comprenderne le modalità di funzionamento. Egli considera 5 casi di approcci gruppe alla microfinanza provenienti da un più ampio studio retroattivo e comparativo sui problemi organizzativi nei programmi di microfinanza e falliti a diversi livelli. Ognuno di questi casi è stato scelto per dimostrare come il mancato pagamento del prestito sia allo stesso tempo causa ed effetto del collasso delle giunture chiave della struttura organizzativa della IMF.

In tal senso, misurare la performance dei programmi di microfinanza solo sulla base del tasso di restituzione e della sostenibilità finanziaria è fortemente riduttivo, poiché spesso i bassi tassi di restituzione sono causati da fattori collaterali quali la debolezza strutturale dell’organizzazione e l’incapacità di sviluppare le risorse umane.

---

<sup>51</sup> Gin\_e, X., Karlan, D., (2007) Group versus Individual Liability: A Field Experiment in the Philippines. Mimeo, Yale University & Innovations for Poverty Action.

<sup>52</sup> Woolcock M. J. V. (1999) Learning from failures in microfinance: What unsuccessful cases tell us about how group-based programs work?

Un interessante studio di Anthony D. (2005)<sup>53</sup> ha inteso analizzare le dinamiche di collaborazione e cooperazione che si sviluppano all’interno dei gruppi di mutuatari di microcredito. Questi gruppi vengono considerati un contesto ideale per studiare tali fenomeni, poiché i membri che ne fanno parte hanno il compito di assicurarsi reciprocamente l’“accessibilità al credito”, che diviene un bene collettivo, attraverso l’aderenza unanime alle regole che impongono la restituzione del prestito entro le scadenze stabilite.

All’interno dei gruppi di credito si verificano alcune dinamiche generate dalle condizioni di interdipendenza degli individui che vi partecipano, come l’*esternalità*<sup>54</sup>, l’autogestione, il monitoraggio, la responsabilità collettiva, la regolarità degli incontri, che contribuiscono a rafforzare il senso di appartenenza e di identificazione dei membri con il gruppo stesso.

Anthony D., per comprendere i meccanismi identitari di gruppo, presenti in questo contesto, fa riferimento a tre teorie provenienti dagli studi sui gruppi. Secondo la *Teoria dell’Identità Sociale* (Tajfel, 1981<sup>55</sup>), gli individui all’interno di un gruppo tendono a cooperare maggiormente se si sentono parte di esso, in altre parole, il livello di cooperazione tra i membri è fortemente associato all’intensità della loro identificazione con il gruppo stesso. Secondo la teoria di Tajfel nei gruppi in cui i membri provano forti sentimenti di appartenenza si avranno maggiori livelli di aderenza alle norme del gruppo (*compliance*) e una maggiore produzione del bene collettivo.

Secondo la *Logica dell’azione collettiva* di Mancur Olson (1965)<sup>56</sup> l’azione collettiva è difficile da produrre in quanto, sebbene i benefici siano condivisi, i costi sono sostenuti individualmente, così gli individui scelgono razionalmente di non cooperare. Secondo Olson le azioni collettive di successo hanno bisogno di incentivi, come premi o punizioni, che siano in grado di regolare i comportamenti di conformità o non conformità degli individui. Anche altri autori sostengono e dimostrano che le sanzioni aumentano i livelli di controllo sociale e la *compliance* nel gruppo. Sulla base di queste ipotesi ci si attenderebbe che i gruppi regolati da sanzioni punitive, producano un bene collettivo maggiore e un livello più elevato di *compliance*.

---

<sup>53</sup> Anthony D. (2005) Cooperation in Microcredit Borrowing Groups: Identity, Sanctions, and Reciprocity in the Production of Collective Goods American Sociological Review: June 2005 70: 496-515

<sup>54</sup> Le *esternalità* si verificano quando l’azione inconsapevole di un soggetto causa delle conseguenze -positive o negative- nella sfera personale di altri soggetti

<sup>55</sup> Tajfel, H., (1981) Human Groups and Social Categories. Studies in Social Psychology, Cambridge University Press.

<sup>56</sup> Egli sostiene che solo un incentivo separato e selettivo stimolerà un individuo razionale in un gruppo latente ad agire in un modo orientato-al-gruppo. Pertanto, è il vantaggio riservato al singolo a determinare il comportamento dell’individuo orientandolo verso la scelta che porterà i maggiori vantaggi all’intero gruppo. Si contribuisce al benessere della collettività se, e solo se, si può ottenere un vantaggio personale. Ciò comporta che la società, intesa come gruppo, spesso si concentra sul fornire beni privati e non beni pubblici, perché tutti dai beni privati possono trarre beneficio, mentre dai beni pubblici è più arduo delimitare e segnare dove finiscono i benefici dell’uno e dell’altro dei consociati.

Una terza scuola di pensiero si focalizza sulle modalità con cui le relazioni sociali tra i membri di un gruppo influenzino i comportamenti cooperativi. Il meccanismo di reciprocità, implicato nella produzione del bene collettivo, rafforza la cooperazione tra i membri, perché genera alti livelli di fiducia e impegno tra i partner coinvolti. Il paradigma dell’interesse, porta alla formulazione della terza ipotesi: i gruppi nei quali i membri sono coinvolti in relazioni di reciprocità produrranno un bene collettivo maggiore e un livello più elevato di *compliance*.

I gruppi di mutuatari presi in esame in questo studio sono inseriti nel programma di prestiti del *Working Capital*, una grande organizzazione no profit per lo sviluppo della comunità.

Tramite un’indagine telefonica, realizzata su un campione rappresentativo, è stato possibile raccogliere i dati dei singoli mutuatari e dei gruppi di appartenenza.

Dalle analisi è emerso che la solidità del gruppo, la presenza di sanzioni e le relazioni di reciprocità sono tutte variabili associate ad un alto numero di richieste di prestiti all’interno del gruppo, il che indica che sia l’identificazione con il gruppo sia l’interesse personale sono in stretta relazione con la produzione del bene comune.

Il livello di *compliance* rilevato nei gruppi, pare non essere influenzato dalla solidità del gruppo e dalla presenza di sanzioni disciplinari, tuttavia i gruppi con un’alta “*comunalità*” hanno probabilità maggiori di conformarsi alle regole del gruppo e dunque probabilità minori di essere inadempienti.

In conclusione, solo la reciprocità tra i membri è associata significativamente ad un minor tasso di insolvenza ed a una maggior probabilità di durare nel tempo. Mentre la produzione di un bene collettivo e un elevato livello di *compliance*, pur essendo meccanismi che facilitano la cooperazione iniziale all’interno del gruppo, non sono responsabili della sopravvivenza del gruppo nel tempo.

### *Commenti*

I gruppi possono avere un effetto decisivo nei processi di sviluppo individuali e collettivi di emersione dalla povertà, favorendo il conseguimento di obiettivi che gli individui, da soli, non potrebbero conquistare. Dunque, l’effetto del supporto sociale percepito all’interno di un gruppo coeso, potrebbe contribuire ad aumentare la percezione del senso di sicurezza e ridurre il senso di impotenza nel singolo, incoraggiandolo a destrutturare gerarchie di potere esistenti e a ridurre le ineguaglianze. In base a tale prospettiva i gruppi rivestono un ruolo particolarmente importante nella gestione e nella creazione di dispositivi che mirano ad aumentare la stabilità finanziaria attraverso i programmi di microcredito nelle comunità più povere. Pertanto, nell’interesse di potenziare il contributo dei servizi finanziari offerti dalle Istituzioni di Microfinanza all’interno del processo di sviluppo comunitario, è necessario

comprendere a fondo il ruolo dei gruppi, i loro effetti, e la relazione tra individui e gruppi in particolare all’interno della comunità. Le attività collettive, su base comunitaria e partecipativa sono destinate a riflettere e a soddisfare con maggior successo le esigenze delle comunità coinvolte assicurando l’implementazione di interventi di sviluppo più sostenibili. Questo approccio si fonda sulla convinzione che una delega di poteri e responsabilità alle comunità rurali possa consentire loro di diventare un efficace canale di sviluppo per la Comunità stessa (Mansuri e Rao, 2004). Esso include l’idea di promuovere e sostenere le istituzioni locali come veicoli per lo sviluppo, in particolare modo quando sono coinvolte in questo processo anche agenzie esterne (ad esempio le istituzioni). L’azione collettiva promuove quindi la titolarità delle iniziative di sviluppo attraverso la partecipazione dell’intera comunità che diviene strumento necessario a influenzare le decisioni politiche e ad ottenere la soddisfazione dei bisogni di base (Seyfang, 2003). Come risultato di ciò, i gruppi possono svolgere un ruolo importante nell’aumentare sia il potere economico e politico delle comunità povere, attraverso la risoluzione dei fallimenti del mercato, sia l’accesso dei più poveri al mercato finanziario, gestendo in modo migliore le risorse comuni e implementando attività generatrici di reddito. (Stewart, 2005). I gruppi sono cruciali per il benessere individuale e collettivo poiché sono in grado di modificare la consapevolezza di sé, l’autostima, l’identità, l’ideologia e il senso di giustizia nei singoli.

### **Conclusioni**

La vasta gamma di contributi raccolti nella presente meta-ricerca conferma la natura multidimensionale del microcredito, fenomeno in cui entrano in gioco non solo gli aspetti tangibili, ma anche quelli relazionali e sociali. Una tale complessità non può essere compresa determinando dicotomicamente la bontà o la malignità della pratica, poiché il numero di variabili da cui dipende il suo esito è particolarmente vasto. E’ evidente, infatti, che non tutti i mutuatari possano beneficiare allo stesso modo dell’intervento del microcredito, l’esito spesso dipende dall’economia locale, dalle loro capacità imprenditoriali e dalla misura in cui sono diversificate le fonti di reddito. Tuttavia, sono molte le evidenze che ne rilevano il fondamentale contributo nell’influenzare positivamente le relazioni di genere e nell’incoraggiare le donne ad assumere un ruolo di maggiore rilievo nel processo decisionale familiare e sociale. Il dibattito relativo all’impatto del microcredito, inoltre, risulta incompleto se non si fa riferimento al più ampio pacchetto di interventi extra-finanziari che vengono forniti insieme al credito (Microfinance Plus). I servizi non finanziari offerti dalle MFI variano in modo significativo e comprendono solitamente: la formazione, il supporto

mirato allo sviluppo del business e interventi sociali finalizzati a promuovere il diritto all’istruzione e alla salute. Pare che, nei Paesi in Via di Sviluppo, gli interventi sociali combinati ai servizi finanziari siano in grado di aumentare i profitti del lavoro autonomo del 175 %. Un altro aspetto da considerare è legato a quante aspettative “risolutive e risolutorie” abbia eccitato il microcredito sin dalla sua fondazione. Certamente esso ha acceso la speranza di rapporti sociali più umani: rapporti di cui tutti abbiamo estremo bisogno per vivere e per sopravvivere, ma la microfinanza non è una panacea e non è chiaramente in grado di eliminare tutte le povertà in ogni paese del mondo. Inoltre, se non monitorato adeguatamente, il dispositivo può rappresentare una trappola per i clienti che non utilizzano i prestiti in modo produttivo rischiando di precipitare nell’iperindebitamento.

Pertanto, il ruolo della microfinanza dovrebbe essere rafforzato attraverso ulteriori innovazioni che tengano conto di queste variabili e di questi rischi; il suo potenziale potrebbe essere sfruttato meglio riconoscendo e adottando i suggerimenti provenienti da studi di valutazione dell’impatto sempre più accurati e rigorosi.

## 4. Capitolo Gli Strumenti di Ricerca

### 4.1. Introduzione

Nell'intenzione di comprendere e valutare l'impatto del processo di sviluppo sotteso ad un fenomeno così complesso come quello del microcredito è stato necessario considerare tutte le molteplici variabili coinvolte nel processo di cambiamento.

E' stato dunque necessario attingere a costrutti teorici, metodologie e strumenti di ricerca provenienti da differenti ambiti disciplinari.

In primo luogo si è fatto riferimento agli studi più recenti relativi epidemiologia dei disturbi mentali comuni nei paesi in Via di Sviluppo, focalizzando l'attenzione sulle metodologie e gli strumenti più adeguati per rilevare la presenza di Disturbi mentali Comuni in una popolazione culturalmente diversa, con particolare attenzione agli studi epidemiologici già realizzati nel Bangladesh urbano e rurale (dimensione Intangibile).

In secondo luogo, interpretando il programma di microcredito come una sorta di percorso terapeutico, è stato necessario attingere agli strumenti utilizzati generalmente per la valutazione dell'esito delle psicoterapie di gruppo, focalizzando l'interesse sull'analisi del cambiamento individuale (dimensione Intangibile).

In terzo luogo, al fine di valutare gli effetti del programma di microcredito sul benessere economico (dimensione tangibile) si è fatto riferimento alla letteratura e alle tradizionali metodologie di misurazione dell'impatto utilizzate nel settore della microfinanza per l'individuazione delle *best practices*. Anche in questo caso è stato necessario armonizzare il dialogo tra discipline molto diverse tra loro come la psicologia e l'economia, prediligendo strumenti di valutazione multidisciplinari in grado di restituire un quadro completo di tutti gli aspetti coinvolti.

Tutti gli strumenti sono stati adattati al contesto specifico, sia attraverso il tradizionale metodo di *back translation*, sia attraverso discussioni e focus group con beneficiarie dei programmi di microcredito e esponenti della Comunità locale.

## 4.2. Misurare il benessere psicologico nei paesi in Via di Sviluppo

Negli ultimi due decenni il dibattito scientifico sul ruolo della cultura nell'epidemiologia psichiatrica si è notevolmente evoluto. In particolare, questo dibattito si è concentrato sulle motivazioni degli approcci teorici *'etico'* ed *'emico'* che hanno enfatizzato rispettivamente l'universalità biologica o la diversità culturale. L'approccio *'etico'* si basa sull'ipotesi secondo cui le malattie mentali concettualizzate da una psichiatria basata prevalentemente sull'approccio biomedico, siano automaticamente valide in tutto il resto del mondo. Questo approccio è alla base della maggior parte delle ricerche epidemiologiche realizzate in tutto il mondo. L'approccio *'emico'*, invece, riconosce il ruolo giocato dagli aspetti culturali nell'esperienza, nella manifestazione sintomatica, nella diagnosi e nella gestione della malattia mentale. Tale approccio, ha suggerito che le classificazioni psichiatriche occidentali sono evidentemente il prodotto di quella stessa cultura, e dunque incapaci di cogliere le condizioni differenti degli stranieri. La comunità scientifica, ha riconosciuto i punti deboli e i punti forti dei due gli approcci, e ha ritenuto necessaria un'integrazione di entrambi allo scopo di condurre la ricerca psichiatrica in modo "culturalmente e biologicamente corretto". La cultura, dunque, è divenuta una variabile fondamentale in epidemiologia psichiatrica, in particolare quando la ricerca si rivolge a società non occidentali.

La conoscenza della terminologia culturalmente appropriata per la depressione è particolarmente utile per colmare il divario tra modelli culturali e i modelli biomedici della malattia e può aiutare a migliorare i livelli di riconoscimento e di *compliance* nel trattamento.

### 4.2.1. Epidemiologia della depressione nei paesi non industrializzati

Evidenze dimostrano che la prevalenza di malattie depressive è elevata sia in industrializzati sia in Paesi non industrializzati (Patel, 2001)<sup>57</sup>. Studi condotti in diversi contesti, dalle zone rurali del Lesotho, alle favelas di San Paolo e Santiago del Sud America alle slams dell'India, rivelano una prevalenza di depressione superiore al 30% negli (popolazioni) studi sul campo e non superiore al 50% nelle popolazioni presso i setting di cura. L'elevata prevalenza di depressione è preoccupante per molte ragioni: in primo luogo, i fattori sociali notoriamente collegati ad essa sono in aumento in tutto il mondo, le politiche di sviluppo economico adottato dalla maggior parte dei paesi sta portando a una riduzione della spesa sanitaria pubblica ed ad una crescente disuguaglianza tra ricchi e poveri, il crescente fenomeno dell'

---

<sup>57</sup> Patel V. Cultural factors and international epidemiology *British Medical Bulletin* 2001;57: 33–45, The British Council 2001

immigrazione verso le aree urbane che aumenta lo squallore urbano e impone un cambiamento culturale troppo rapido. Queste condizioni riducono le opportunità di accesso ai servizi di cura da parte dei soggetti svantaggiati, contribuendo così ad esacerbare le condizioni cliniche di soggetti spesso già debilitati<sup>58</sup>. Le priorità della ricerca internazionale in questo campo dovrebbe essere quella di spostare l'attenzione dagli studi epidemiologici interessati alle influenze culturali, alla ricerca-azione che mira ad informare le politiche locali sulla salute. E', infatti, altamente improbabile che le politiche sanitarie siano influenzate dalla ricerca fino a quando l'unica prova disponibile è rappresentata da numeri astronomici delle persone affette da depressione nel mondo senza ipotizzare soluzioni efficaci ed efficienti a risolvere il problema. Così la priorità di una ricerca in questo campo dovrebbe essere quella di valutare l'efficacia e l'economicità di interventi di sviluppo sia in ambito sanitario sia in ambito sociale ed economico. Pertanto, in molti paesi non industrializzati, politiche di sviluppo per la salute della madre e del bambino, per la riduzione della povertà e della violenza domestica dovrebbero essere di interesse prioritario. Le implicazioni di queste priorità sulla salute mentale degli individui è ben documentata: ad esempio, le disabilità di apprendimento sono associate ad uno scarso rendimento scolastico e ad alti livelli di drop-out; la povertà è legata alla depressione e al suicidio e la violenza è associato ad un vasta gamma di esiti avversi della salute mentale. Condurre studi in questa prospettiva dovrebbe essere un imperativo etico della ricerca internazionale epidemiologica.

#### 4.2.2. Cultura e diagnosi di depressione

##### 4.2.2.1. I sintomi

Uno studio che contribuisce ampiamente ad aumentare la comprensione della manifestazione sintomatica del malessere psicologico nei PVS è quello di Pereira B, e Patel V. (2007)<sup>59</sup> realizzato allo scopo di descrivere i modelli esplicativi della depressione nelle donne, in particolare, il linguaggio del disagio e il modo di interpretare e relazionarsi con la malattia. L'indagine qualitativa ha rivelato che le donne hanno dato espressione ai loro problemi principalmente attraverso disagi somatici, in particolare si segnalano: vari dolori muscolari, sintomi a carico del sistema nervoso autonomo, sintomi ginecologici e disturbi del sonno.

<sup>58</sup> Ormel J, Von Korff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. *JAMA* 1994; **272**: 1741–8

<sup>59</sup> Pereira B., Andrew G., Pednekar S., Pai R., Pelto P, Patel V. Research report: The explanatory models of depression in low income countries: Listening to women in India, *Journal of Affective Disorders* 102 (2007) 209–218

Questa stessa costellazione somatica di disagi è stata rilevata in un certo numero di altri studi di salute mentale in varie parti dell'India (Patel et al, 1998.; Raguram et al., 1996), nonché in altri paesi in via di sviluppo (Aidoo e Harpham, 2001; Goldberg e Ponti, 1988; Patel et al, 1995).. Insieme a questi problemi fisici si parla spesso di generale "debolezza" e "stanchezza". I meccanismi di questa relazione possono essere riconducibili alla somatizzazione, che è ben descritta nella letteratura occidentale (Katon e Walker, 1998). Così, sintomi somatici collegati al tratto riproduttivo possono essere rilevati in donne con depressione per motivi connessi a cambiamenti fisiologici associati alla depressione, consapevolezza delle normali funzioni corporee e attribuzione di malattia (Chaturvedi et al, 1993;. van Vliet et al., 1994). Si può sostenere che l'importanza diagnostica dei disagi somatici (inclusa debolezza) per l'identificazione dei disturbi mentali varierà secondo il peso relativo di malattia nelle diverse società; per esempio, la specificità della fatica per la diagnosi di depressione in ambienti dove i disturbi alimentari sono elevati.

Le cause segnalate più comunemente dalle donne sono state diverse.

Le cause più comuni sono legate a difficoltà economiche dovute alle spese quotidiane e al pagamento dei debiti. Un altro motivo comune di malessere è la preoccupazione per il comportamento dei figli e per il loro futuro, per la loro salute personale. Più della metà delle donne associa il disagio a problemi legati alla riproduzione e all'infertilità e ad abusi e violenze del coniuge e della famiglia del coniuge.

La maggioranza delle donne ha riferito che l'insorgenza del disagio era dovuta a eventi come la gravidanza e la sterilizzazione. In particolare, i parti ripetuti di sole figlie femmine, i lutti simultanei dei famigliari e l'eccesso di lavoro domestico sono descritte come le principali cause scatenanti . Altre cause d'insorgenza del disagio sono incidenti, problemi finanziari, abusi da parte di parenti, la preoccupazione per il futuro dei figli e i conflitti coniugali. Le donne utilizzano il termine "tensione" per descrivere lo stato emotivo generale provocato dalle cause precedentemente descritte.

#### 4.2.2.2. *Gli Strumenti*

Una varietà di questionari di screening e interviste sono stati utilizzati a livello internazionale per lo studio di depressione. Tra i vari questionari di screening, sono stati utilizzati sia le misure sviluppate a livello locale e sia le versioni locali di misure straniere. Probabilmente il più comunemente usato è il *General Health Questionnaire*<sup>60</sup> (GHQ). I punteggi Cut-off dei

---

<sup>60</sup> Goldberg D, Williams P. *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFERNelson, 1988

casi variano considerevolmente dai centri<sup>61</sup>. Allo stesso modo, i 20 items del *Self Reporting Questionnaire* (SRQ)<sup>62</sup> un altro questionario di screening ampiamente usato nei paesi non-industrializzati, possiedono un cut-off score nei paesi africani spesso superiore allo standard cut-off<sup>63</sup>. Ciò ribadisce la necessità di valutare la validità dei questionari di screening come un prerequisito essenziale di ogni studio da utilizzare su una nuova popolazione. Le versioni brevi del GHQ Questionnaire (5 items) sono stati sviluppati e valutati in India e questi indagini hanno mostrato che le versioni più brevi sono sensibili e specifiche esattamente come le versioni più lunghe.<sup>64</sup> In ambito clinico, lo screening semplice con domande derivate da tali brevi questionari, incentrate sulla perdita di interesse, disturbi del sonno, stanchezza e sentimenti di tristezza, può fornire un metodo sensibile per identificare i casi di depressione. Esempi di questionario di screening sviluppati localmente includono il *Primary Care Psychiatric Questionnaire* (PPQ) in India, il *Shona Symptom Questionnaire* in Zimbabwe, e il *Chinese Health Questionnaire*. In generale, la composizione degli items di questi strumenti indigeni condivide molto con i questionari sviluppato in Occidente, e vi è un elevato grado di accordo nella classificazione dei casi. Nonostante l'alta frequenza di sintomi somatici, i sintomi psicologici hanno una maggiore sensibilità e specificità per la diagnosi della depressione. Ciò può essere dovuto al fatto che i sintomi somatici come stanchezza può anche verificarsi in una varietà di malattie croniche infettive e in altri disturbi comuni nei Paesi non industrializzati. Tra le interviste strutturate, la *Revised Clinical Interview Schedule* (CISR), che è stata sviluppata specificamente per la misurazione dei disturbi mentali comuni nei setting sanitari pubblici e primari, è stata ampiamente utilizzata in studi nel contesto internazionale. Il PSE e i suoi successori, la SCAN e la CIDI, sono state utilizzate negli studi multinazionali della WHO. Ci sono pochi esempi di interviste strutturate indigene, tra queste la *Indian Psychiatric Survey Schedule*. Poiché è evidente che la misurazione della depressione nel contesto internazionale può essere effettuata con strumenti simili tra loro in contesti culturalmente diversi, viene prestata assistenza per garantire un'adeguata traduzione e validazione del cut-off score.

---

<sup>61</sup> Goldberg D, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychol Med* 1998; 28: 915–21

<sup>62</sup> Harding TW, De Arango MV, Baltazar J *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231–41

<sup>63</sup> Patel V, Todd CH. The validity of the Shona version of the Self Report Questionnaire (SRQ) and the development of the SRQ8. *Int J Methods Psychiatr Res* 1996; 6: 153–60

<sup>64</sup> Sen B, Mari J. Psychiatric research instruments in the transcultural setting: experiences in India and Brazil. *Soc Sci Med* 1986; 23: 277–81; Shamasundar C, Sriram T, Murali Raj G, Shanmugham V. Validity of a short 5-item version of the general health questionnaire (G.H.Q.). *Indian J Psychiatry* 1986; 28: 217–9

### 4.2.3. Prevalenza di Disturbi Mentali Comuni in Bangladesh

Al fine di individuare e selezionare gli strumenti più adatti a comporre l'impianto valutativo dell'impatto sociale ed economico di un programma di microcredito si è proceduto ad un'analisi della letteratura sull'argomento.

E' generalmente riconosciuto che i disturbi psichiatrici interessino una gran parte della popolazione mondiale, tuttavia, nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS) sono difficili da trovare dati attendibili a livello nazionale. Nel sub-continente indiano, che ha un quinto della popolazione mondiale, i pochi studi epidemiologici che sono stati condotti indicano che la malattia mentale costituisce un grave problema, con prevalenze fino al 30% registrate dalle indagini in India e Pakistan. All'interno del sub-continente, in Bangladesh, l'entità del problema è in gran parte sconosciuta. In Bangladesh, con una popolazione di 140 milioni di persone e un reddito pro-capite di US \$ 350, l'attenzione della sanità pubblica si è focalizzata maggiormente sulle malattie infettive, sulla malnutrizione e sulla pianificazione familiare. La salute mentale è stata completamente trascurata. Ci sono meno di 100 psichiatri qualificati e meno di 1000 posti letto psichiatrici per l'intera popolazione. I pochi studi di salute mentale condotti in Bangladesh possono essere suddivisi in due aree: la valutazione della prevalenza di disturbi mentali nelle zone Urbane e nelle zone rurali.

#### *Zona urbana*

Gli studi esistenti sulla salute mentale in Bangladesh (Islam, Ali, Ferroni, Underwood e Alam, 2003)<sup>65</sup> sono perlopiù indagini realizzate sulla popolazione adulta nella zona urbana di Dhaka, e mostrano una prevalenza di disturbi psichiatrici nel 28% della popolazione esaminata.

Lo studio più conosciuto in questa area è finalizzato a valutare la prevalenza e tipologia di disturbi psichiatrici in una comunità urbana di Dhaka, Bangladesh, e ad identificare i fattori socio-demografici associati attraverso il questionario self-report (SRQ), strumento di screening riconosciuto a livello internazionale, e una serie di domande sulle condizioni socio-demografiche e psicosociali.

I risultati indicano che la prevalenza complessiva di disturbi psichiatrici nella comunità è del 28% (95% CI-21% -35%). I problemi più comunemente riscontrati sono stati: i disturbi somatoformi, disturbi dell'umore e disturbi del sonno [Fig. 5].

I disturbi somatoformi sono la categoria più comune nel presente studio con il 10% della popolazione colpita. Questa prevalenza, sebbene relativamente elevata rispetto ai livelli

---

<sup>65</sup> Islam M., Ali M, Ferroni P., Underwood P., Alam F., Prevalence of psychiatric disorders in an urban community in Bangladesh *General Hospital Psychiatry* 25 (2003) 353–357

occidentali (dal 0,2% al 5,3%), potrebbe essere definita caratteristica dei paesi in via di sviluppo dove vi è una tendenza alla presentazione somatica in più disturbi mentali. Ciò è da attribuirsi all'alta proporzione nella popolazione di gruppi che sono particolarmente sensibili ai disturbi somatoformi, vale a dire le persone di basso status socio-economico ed esposti a stress elevati a causa dello stile di vita. Si rileva una differenziazione marcata di genere nella prevalenza dei disturbi: quasi la metà (49%) della popolazione femminile nell'area di studio è affetta da disturbi mentali rispetto al 13,5% dei maschi (OR\_4.1, 95% CI\_1.8-9.2). Lo studio rileva inoltre una prevalenza di disturbi psichiatrici significativamente più elevata tra i soggetti appartenenti ad uno status socio-economico più elevato. Un individuo proveniente dal più alto socio-economico ha un rischio cinque volte maggiore di sviluppare un disturbo psichiatrico rispetto ad un individuo proveniente da fasce più basse. Secondo gli autori la di ciò spiegazione potrebbe dipendere dal fatto che la classe più ricca nelle zone urbane del Bangladesh si sente anche più minacciata da tensioni socio-politiche come la criminalità, l'estorsione e la violenza, mentre il gruppo socio-economico più basso è meno sensibile a tali problematiche perché ben più concentrato sulla sopravvivenza economica. Sono stati esaminati altri fattori socio-demografici e culturali anche in considerazione dell' associazione con la morbilità psichiatrica. L'analisi di regressione logistica ha rilevato significative associazioni indipendenti tra morbilità psichiatrica e anni di scolarizzazione, tipo di religione, età, dimensioni del nucleo familiare, presenza di disturbi fisici, e indice di massa corporea (BMI).

Table 2  
Prevalence of major types of psychiatric morbidity (n=149)

Types	Total	(%)
Somatoform	21	(9.9)
Mood disorders	8	(6.0)
Sleep disorders	8	(4.3)
Anxiety disorder	6	(2.7)
Substance related disorder	3	(2.4)
Schizophrenia and other psychotic disorder	2	(1.6)
Sexual disorders	1	(0.3)
Mental retardation	1	(0.5)
Culture bound syndrome	1	(0.2)
Total	51	(28)

Note. The figures in parentheses indicated weighted column percentage and may not correspond to actual count.

Figura 5- Prevalenza dei disturbi mentali nelle zone urbane del Bangladesh

*Zona rurale*

Altri studi, che riguardano la popolazione femminile delle zone rurali (Hosain. et al., 2007)<sup>66</sup> hanno stimato la gravità di morbidità mentale tra le popolazioni rurali in età lavorativa. In questo studio, in particolare, le indagini comunitarie sono state condotte su un membro di ogni famiglia in ognuno dei tre villaggi selezionati. Anche in questo studio è stato utilizzato come strumento di screening il General Health Questionnaire nella versione a 60 item (GHQ-60) supportato dall'esame clinico da parte di uno psichiatra di formazione occidentale in una fase successiva. Circa il 16,3% del campione è risultato affetto da disturbi mentali, tra cui i disturbi depressivi sono i più comuni (8%,), seguiti da disturbi d'ansia (5%,). Solo una piccola parte del campione è risultato affetto da disturbi psicotici. La distribuzione dei vari disturbi mentali, la prevalenza totale e la prevalenza per i maschi e femmine sono mostrate in Fig.6. Lo studio ha rilevato che le femmine avevano circa 1,3 volte più probabilità di soffrire di disturbi depressivi rispetto ai maschi, ed i maschi avevano 1,2 volte più probabilità di soffrire di disturbi d'ansia rispetto alle femmine. Inoltre, pare che la prevalenza dei disturbi mentali aumenti con l'aumentare dell'età. Gli intervistati di età inferiore ai 35 anni (13,7%) avevano meno probabilità di riportare disturbi mentali rispetto a quelli di età 35-45 anni (16,9%) e a quelli di età superiore a 45 anni (25,0%). Altri indicatori che hanno mostrato un'associazione positiva con i disturbi mentali sono stati: la numerosità della famiglia, le differenze di stato civile e del livello di educazione e il reddito annuo.

---

<sup>66</sup> Hosain G.M., Chatterjee N., Ara N., Islam T., Prevalence, pattern and determinants of mental disorders in rural Bangladesh *Public Health* (2007) 121, 18–24

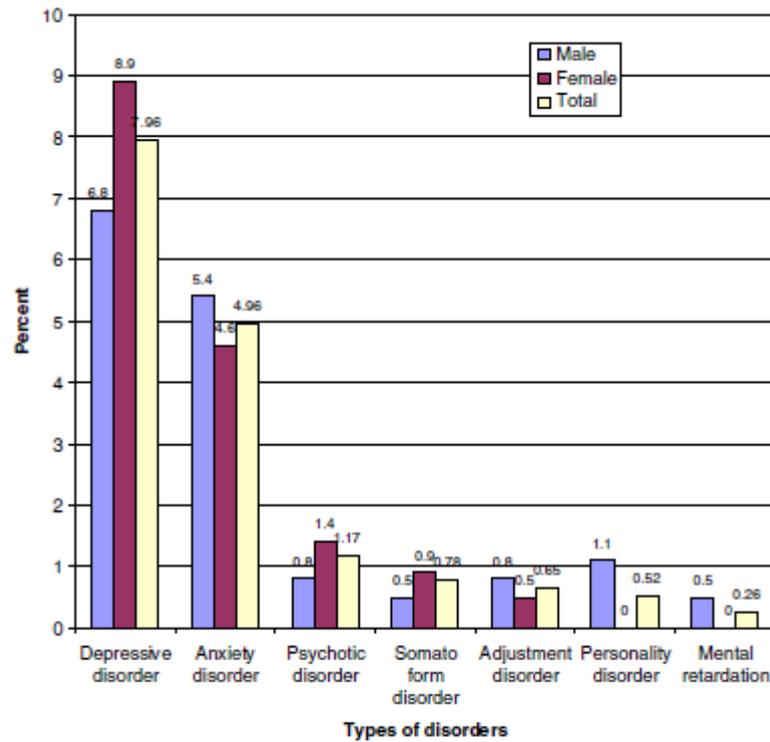


Figure 1 Prevalence of mental disorders by gender (n = 766).

Figura 6 - Prevalenza disturbi mentali nelle zone rurali del Bangladesh

È interessante notare come le cifre di prevalenza fornite dallo studio di Hosain, condotto nelle zone rurali, siano simili a quelle ottenute dallo studio di Islam, condotto nelle zone urbane. In particolare, è simile la prevalenza molto elevata di disturbi psichiatrici rilevata in particolare nelle donne adulte. Questa maggiore suscettibilità è da attribuire a diversi fattori quali la vulnerabilità biologica (neuroendocrina), il loro ruolo universale sesso-specifici, come la maternità e gli stress associati. La grande differenza in termini di morbidità psichiatrica tra maschi e femmine nello studio può essere ulteriormente spiegata dall'alta incidenza della violenza domestica in Bangladesh. Un sondaggio sullo sviluppo rurale delle famiglie nel paese ha rilevato che il 38% delle donne sono state picchiate dai loro mariti. Questa cifra potrebbe essere ancora più elevata nelle famiglie che vivono nelle slums urbane.

#### 4.2.4. Misurare il livello di autostima nei Paesi non industrializzati

La Psicologia economica suggerisce che i livelli di autostima degli individui, siano essi temporanei o stabili (narcisismo) possono influenzare la rappresentazione e il rapporto con il denaro. In primo luogo, le persone con un alto livello di autostima di solito valutano in modo più positivo il denaro rispetto a quelli con un livello più basso. Le differenze culturali relative al modo in cui le persone valutano l'autostima può avere un impatto sulla scelta tra il denaro e

l'autostima. Una ricerca condotta da Zhang (2009)<sup>67</sup> suggerisce che le persone appartenenti alle culture orientali, come il Giappone, sono meno motivate a mantenere un'immagine positiva di sé rispetto alle popolazioni delle culture occidentali, come gli Stati Uniti e il Canada (Heine, Lehman, Markus, e Kitayama, 1999). In Asia orientale i soggetti mostrano un minor livello di self-serving bias poiché tendono ad attribuire i successi e gli insuccessi ai fattori esterni, a differenza di quanto accade nelle culture occidentali. (Heine, 2005; Heine et al, 1999;. Sedikides, Gaertner, e Toguchi, 2003; Sedikides et al., 2005). Quando Schmitt e Allik (2005) hanno adattato la Rosenberg Self-Esteem Scale ai soggetti di 53 nazioni, i risultati hanno mostrato che le persone in tutte le culture hanno ottenuto un punteggio medio superiore al punto medio teorico della scala. Il miglioramento di sé, nelle culture orientali, è concepito come un bisogno limitato al rapporto tra sé e sé e non al concetto di successo o senso di agency rispetto all'ambiente. (non è legato al denaro).

### **4.3. Presentazione dell'impianto valutativo della ricerca**

#### **4.3.1. Strumenti e indicatori per valutare il benessere psicologico**

Il benessere psicologico è stato rilevato sulla base di quattro dimensioni e indicatori: il livello di autostima, l'assenza di disturbi mentali comuni, la percentuale di potere decisionale in famiglia, la qualità e l'intensità delle relazioni familiari. Gli strumenti selezionati per effettuare la rilevazione provengono dagli studi sull'epidemiologia dei disturbi mentali nei PVS e dalla valutazione dell'esito delle psicoterapie in ambito sanitario.

---

<sup>67</sup> Liqing Zhang An Exchange Theory of Money and Self-Esteem in Decision Making Review of General Psychology 2009, Vol. 13, No. 1, 66–76

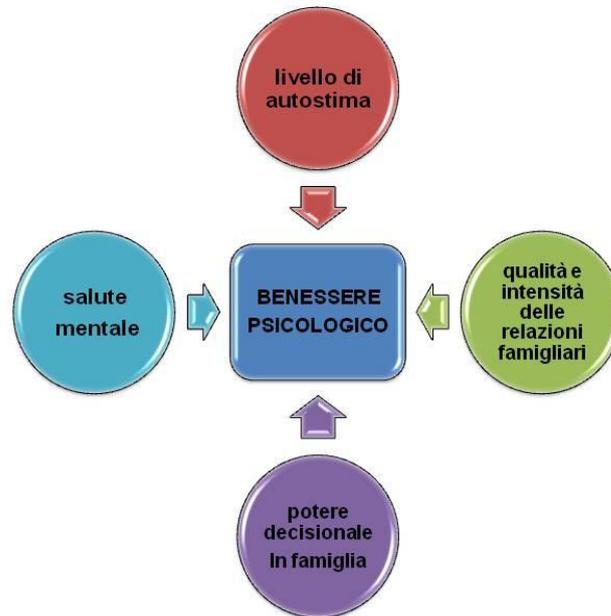


Figura 7- Indicatori della dimensione intangibile

#### 4.3.1.1. Livello di autostima: Rosenberg Self Esteem Scale RSES

La scala d'autostima di Rosenberg (Rosenberg, 1965) è una delle misure d'autostima più diffuse nella ricerca sociale. Essa si propone come un questionario di misura unidimensionale di autostima globale. Sviluppato col metodo dello scalogramma di Guttman, i suoi item rappresentano un continuum composto da affermazioni relative all'atteggiamento nei confronti di se stessi, che va da affermazioni con cui generalmente si dichiara d'accordo anche chi ha una scarsa autostima, ad affermazioni con cui afferma d'essere d'accordo soltanto chi è caratterizzato da autostima elevata.

Questa scala generalmente presenta elevata affidabilità, con correlazioni test-retest generalmente nella gamma da .82 a .88 e coefficienti Alpha di Cronbach da .77 a .88 (cfr. Blascovich e Tomaka, 1991 e Rosenberg, 1986).

*Adattamento dello strumento alle diverse culture*

Diversi studi sostengono la versatilità e l'universalità della Rosenberg Self Esteem Scale (RSES) anche nelle culture non occidentali<sup>68</sup>, lo strumento è, infatti, stato tradotto in 28 lingue e somministrato in 53 nazioni (Schmitt, 2005).<sup>69</sup>

Lo studio di Schmitt, che aveva lo scopo primario di valutare l'equivalenza strutturale dell'RSES trasversalmente alle diverse culture, e lo scopo secondario di determinare se, e in quale grado, le persone in culture diverse tendessero ad auto-valutarsi positivamente, ha dimostrato che la struttura del questionario è rimasta pressoché invariata per ognuna delle nazioni. I punteggi RSES erano correlate alle dimensioni: nevrosi, estroversione, stili di attaccamento in quasi tutte le nazioni, fornendo un ulteriore sostegno per l'equivalenza cross-culturale dello strumento. Il punteggio medio in tutte le nazioni si è posizionato al di sopra del cut off teorico, indicando che la tendenza dei soggetti ad una autovalutazione positiva è culturalmente universale. Le differenze individuali in self-esteem variano attraverso le culture, c'è ad esempio una tendenza a far prevalere le risposte neutrali nelle più culture collettiviste. Le sottoscale relative al senso di auto efficacia e di autostima variano sulla base di atteggiamenti culturali più o meno individualisti.

Ad esempio in alcune culture, la tendenza a valutarsi positivamente (sopravalutarsi) non è socialmente condivisa e dunque indice di benessere individuale. E' provato che nelle culture collettivistiche, come in Giappone, in India e in Bangladesh, gli individui investano particolarmente le loro energie su strategie di adattamento allo scopo di rinforzare le proprie relazioni sociali. L'autocritica è concepita come uno strumento fondamentale per raggiungere e conservare l'armonia sociale<sup>70</sup>.

Questo studio, dunque, ha dimostrato che la RSES può essere utile per misurare l'autostima in decine di lingue e di culture. Anche se è stato sostenuto che autostima potrebbe avere un valore relativamente più basso nelle culture non occidentali (Heine et al, 1999), questo studio ha dimostrato che la struttura RSES è generalmente replicabile ad un campione eterogeneo di

---

<sup>68</sup> Cultural Similarities in Self-Esteem Functioning: East is East and West is West, But Sometimes the Twain do Meet *Journal of Cross-Cultural Psychology* January 2009 40: 140-157; Cross-National Comparability of the Rosenberg Self-Esteem Scale (2004)

<sup>69</sup> Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* (2005) Volume: 89, Issue: 4, Pages: 623-642

<sup>70</sup> Studi empirici hanno documentato che i punteggi medi di autostima in Giappone sono di 1-2 deviazioni standard inferiori rispetto a paesi come l'Inghilterra, il Canada (Campbell et al., 1996) e l'Australia (Feather & McKee, 1993) che sono maggiormente individualisti. I punteggi di autostima variano significativamente tra gli Stati Uniti di cultura individualista e Hong Kong di cultura collettivista (Kwan, Bond, e Singelis, 1997) così come tra l' individualista Regno Unito e la collettivista Spagna (Tafarodi & Walters, 1999).

culture umane, tra cui molte asiatiche e africane riconfermando l'idea che, nel complesso, le autovalutazioni tendenzialmente positive sono culturalmente universali.

#### 4.3.1.2. *Disturbi Mentali Comuni: General Health Questionnaire GHQ-12*

È uno dei più diffusi strumenti standardizzati di misurazione del livello di disagio emotivo utilizzato negli studi epidemiologici ed è stato messo a punto negli anni Settanta da David Goldberg dell'Istituto di psichiatria di Londra. Si tratta di un questionario autosomministrato originariamente costituito da 60 domande, di cui sono state successivamente realizzate versioni più brevi di 30, 28, 20 o 12 *items*, che permette di rispondere in pochi minuti scegliendo fra quattro risposte prefissate (del tipo «no; non più del solito; un po' più del solito; molto più del solito» oppure «più del solito; come al solito; meno del solito; molto meno del solito») a domande che riguardano sia esperienze di disagio sia esperienze di benessere. Attraverso la determinazione di un punteggio soglia (*cut-off point*), è possibile trasformare tale valutazione dimensionale continua in una di tipo categoriale discontinua, che offre la possibilità di stimare il numero dei casi presunti. In accordo con gli studi epidemiologici realizzati nei PVS, in questo studio è stato usato il metodo convenzionale di siglatura di Goldberg che utilizza uno schema (0-0-1-1) da applicare alle quattro risposte prefissate. Il *cut-off point* utilizzato è quello di 2/3, che è risultato avere una migliore sensibilità in questi contesti.

L'attenzione dello strumento è focalizzata sul cambiamento nel normale funzionamento psichico del soggetto, il questionario, infatti, non intende indagare la presenza di disturbi psichici gravi, come la schizofrenia o la depressione psicotica, ma valuta solamente disturbi di personalità o patterns di adattamento associati al distress. In particolare, il G.H.Q. 12 permette di indagare la presenza di due dimensioni: disforia generale (depressione e ansia principalmente indicate da sintomi somatici) e disfunzioni sociali (deterioramento sociale). Il G.H.Q. non viene utilizzato nell'elaborazione di diagnosi: non vi sono delle assunzioni relative alla gerarchia dei sintomi somatici inclusi nel questionario ed i "casi" con elevata probabilità di manifestare un disturbo psichico sono identificati sulla base del punteggio-soglia raggiunto dal soggetto.

Il questionario comprende 12 items, costituiti da affermazioni positive che descrivono stati psicologici connotati positivamente e attività quotidiane (ad esempio: capacità a concentrarsi, sentirsi utili,..) e da affermazioni negative che descrivono sintomi di disagio psicologico (ad esempio: perdita del sonno, incapacità a superare le difficoltà,..). Al soggetto è richiesto di

confrontare la propria situazione attuale rispetto al suo stato psicologico consueto, scegliendo tra le quattro modalità di risposta.

Il coefficiente di split-half reliability è 0.95 (Goldberg, 1978), mentre il coefficiente di test-retest reliability è 0,76 (Goldberg, 1988).

### *La versione bengalese del GHQ*

Come è già stato ampiamente evidenziato, la validità e l'affidabilità del GHQ 12 è molto nota, ed è uno strumento di screening maggiormente utilizzato a livello internazionale per rilevare i problemi di salute mentale. Esiste una versione bengalese convalidata del GHQ a 60 items, ma non è stata formalmente convalidata la versione breve a 12 items.

Nonostante ciò, diversi studi hanno utilizzato il GHQ 12 rilevandone una ragionevole correlazione con i punteggi di altri questionari diagnostici, come ad esempio l'EPDS e il CIDI ( Fuggle P.; Glover L.; Khan F.; Haydon, 2002)<sup>71</sup> testandone l'applicabilità (si è evidenziata una correlazione positiva tra i punteggi GHQ e i punteggi EPDS: Correlazione di Pearson  $r = 0,422$ ,  $p < 0,003$ )

Per valutare la presenza disturbi mentali comuni in questo studio è stata utilizzata la versione del GHQ 12 sottoposta al metodo della back-translation<sup>72</sup>.

Gli items sono stati tradotti dall'inglese al Bangla (la più comune lingua parlata in Bangladesh) dal collega Shamimur Rahman e la versione tradotta è stata sottoposta successivamente alla fase di pre-test realizzata su 12 donne beneficiarie di programmi di microcredito da circa 7 anni. La versione finale Bangla, infine, è stata validata con il consenso degli operatori locali della Grameen Bank. Tutte queste fasi hanno assicurato che la versione finale tradotta fosse valida, dal punto di vista semantico, per la sua applicazione nella cultura bengalese.

---

<sup>71</sup> Fuggle P.; Glover L.; Khan F.; Haydon K.; *Screening for postnatal depression in bengali women: preliminary observations from using a translated version of the edinburgh postnatal depression scale (epds)* Journal Of Reproductive And Infant Psychology, vol. 20, no. 2 2000

<sup>72</sup> Back-Translation for Cross-Cultural Research Richard W. Brislin *The Pennsylvania State University*; Center for Cross-Cultural Research, Department of Psychology, Western Washington State College, Bellingham, Washington; Beaton D., Bombardier C., Guillemin F., and Bosi Ferraz M, *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures* SPINE Volume 25, Number 24, pp 3186–3191 2000

4.3.1.3. *Potere decisionale in famiglia: Decision Making Process Questionnaire*

Per valutare la distribuzione del potere decisionale all'interno della famiglia è stato costruito un questionario a 25 item: il Decisional Making Process Questionnaire (DMPQ).

Le risposte al questionario forniscono informazioni sulla percentuale di decisioni prese autonomamente dalla moglie, autonomamente dal marito, congiuntamente da moglie e marito e autonomamente da altri membri della famiglia.

I 25 item indagano 5 dimensioni: le questioni generazionali, le questioni economiche, le questioni relative al soddisfacimento di bisogni primari, le questioni che riguardano la comunità, le questioni ricreative. Tutte le 5 dimensioni sono suddivise in questioni interne alla famiglia (*Internal Issues*) e questioni esterne alla famiglia (*External Issues*) consentendo di discriminare tra potere decisionale interno e potere decisionale esterno.

Tutti gli items sono stati discussi con alcuni rappresentanti locali e con un gruppo di 12 beneficiarie del programma Grameen nella fase di Pre test e opportunamente adattati al contesto.

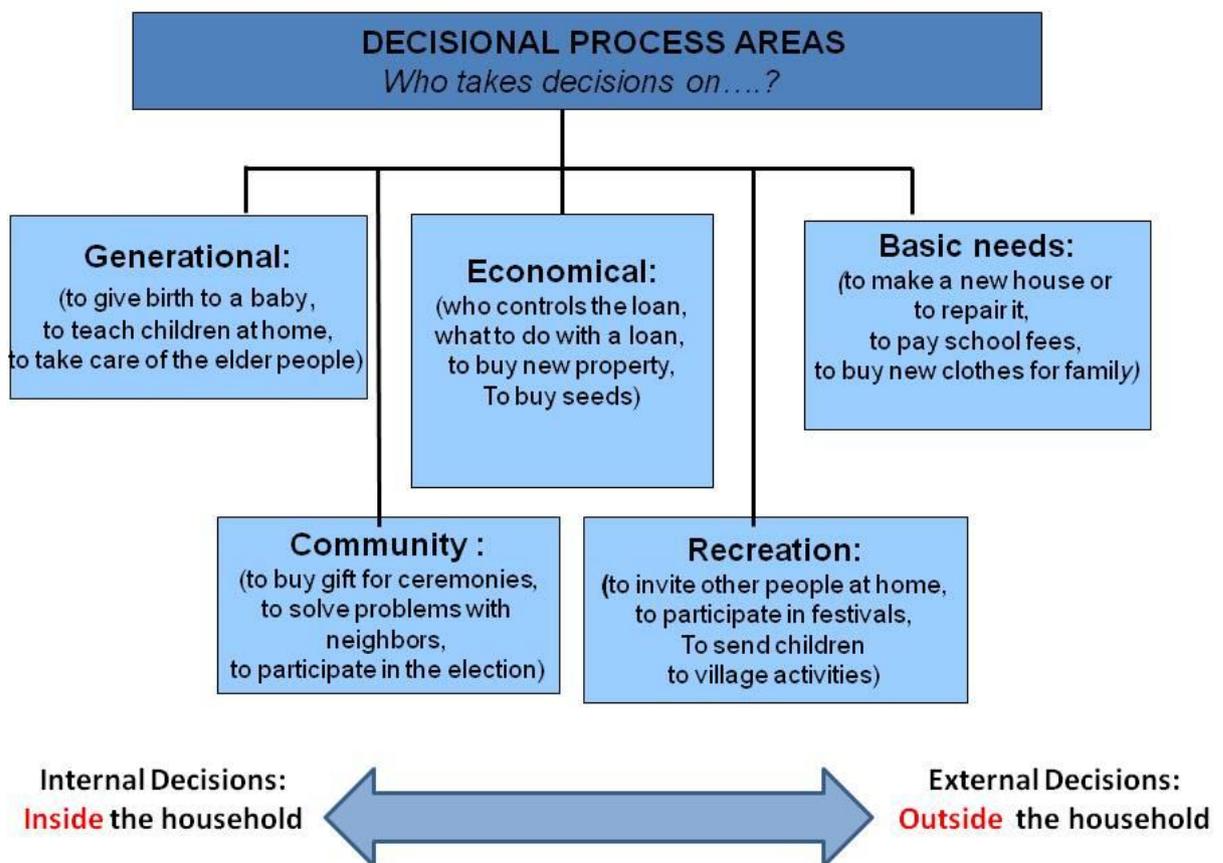


Figura 8- Aree del processo decisionale familiare

4.3.1.4. *Qualità delle relazioni familiari: Carta di Rete*

*Misurare le relazioni familiari e sociali*

L'intento di questo lavoro è quello di analizzare in particolare le relazioni familiari delle beneficiarie di microcredito Grameen.

Lo strumento scelto nel presente studio è la **carta di rete**, una tecnica di *mind-imaging* derivata dalla ricerca sociologica moderna sulle reti sociali (*Social Network*), che rappresenta graficamente, con specifici simboli, le reti relazionali del soggetto e la ricostruzione soggettiva del suo modo di abitare il mondo, attraverso la costruzione di una sorta di mappa pluritematica, che permette di visualizzare, in maniera riflessiva con il mondo sociale esterno, il mondo suo psichico interno (Fasolo F., Tirelli M., Batocchi B., e coll., 2003; Fasolo, Ambrosiano, Cordioli, 2004).

Essa è considerata, nell'ambito della psicoterapia di gruppo, uno strumento utile a conoscere i pazienti per quanto riguarda gli aspetti relazionali della loro vita e il loro funzionamento mentale ad essi contestuale.

Lo psichiatra e gruppoanalista Raffaele Barone infatti, afferma che sono le relazioni personali, siano esse storiche o attuali, informali o formali, ad istituire l'identità personale, a determinare lo sviluppo biologico, psicologico e sociale dell'individuo e a determinare le condizioni di salute e della sua sopravvivenza.

*La teoria delle reti sociali*

Nella teoria delle reti sociali (*Social Network Theory*) la società è vista e studiata come un intreccio complesso di relazioni sociali, più o meno estese e strutturate. Il presupposto essenziale di tale teoria è che ogni individuo si relaziona con gli altri e questa sua interazione plasma e modifica il comportamento di entrambi.

L'epidemiologia sociale, tramite la teoria delle reti sociali (Fasolo F., Tirelli M., Batocchio B. e coll., 2003; Fasolo Ambrosiano, Cordioli, 2005) ha infatti dimostrato da tempo il nesso tra coinvolgimento sociale ed il mantenimento o il recupero della salute, mentale o fisica. Come sostiene Fasolo, la partecipazione, ossia la dimensione relazionale del coinvolgimento, è molto più utile al soddisfacimento dei bisogni evolutivi dell'individuo ed al mantenimento di una sua rappresentazione identitaria coerente e coesa pur nella molteplicità delle relazioni sociali e nella flessibilità dei repertori comportamentali, rispetto alla dimensione esclusivamente funzionale del coinvolgimento racchiusa nel concetto di sostegno sociale.

Norbert Elias, considerato oggi uno dei più autorevoli sociologi tedeschi, ha sottolineato la centralità della relazionalità sociale dell'individuo formulando una teoria che poggia su due pilastri fondamentali: la teoria dei simboli e il concetto di figurazione. Secondo Elias, i simboli trascendono

la classica dicotomia interno-esterno poiché sono frutto dell'attività sociale e delle relazioni tra gli uomini. Elias sostiene che la natura dell'uomo si costituisce proprio attraverso la cultura rappresentata, prima di tutto, dalla capacità di acquisire il linguaggio che, insieme al pensiero e alla conoscenza, non può essere pensato come separato da queste. Il linguaggio, infatti, nasce dall'interazione del bambino con il suo ambiente sociale. Un individuo utilizza poi il linguaggio per esprimere un pensiero. Linguaggio e pensiero sono dunque le due facce della stessa medaglia: la conoscenza. Quest'ultima a sua volta può avvenire soltanto attraverso un processo di interazione sociale. In tal senso, l'individuo non può essere considerato come un essere isolato ma deve essere visto alla luce della sua interdipendenza rispetto ai suoi simili e al suo ambiente. Il concetto di figurazione viene, invece, introdotto dall'autore per spiegare il funzionamento delle relazioni umane e sociali ed è un concetto che richiama l'interdipendenza tra gli individui. Secondo Elias, infatti, l'esistenza dell'uomo è fondata sull'interdipendenza delle sue capacità, rispetto ai suoi simili, e sull'interdipendenza rispetto alla società (Di Maria F., Formica I., 2009).

Nella sua opera "La società degli individui" l'autore, attraverso l'immagine di una rete, spiega il rapporto tra individuo e società. Come in un intreccio, gli uomini si modificano "nel" e "attraverso" il loro rapporto reciproco. E l'individuo cresce proprio in questo tessere e ritessere, dissolversi e ricostruirsi dei rapporti.

“ Tale intreccio, la rete comprende molti singoli fili legati l'uno all'altro. Tuttavia, né la totalità di questo intreccio, né la forma che in esso ottiene il singolo filo possono essere comprese rifacendosi ad un solo filo o anche a tutti i singoli fili presi ognuno per sé, ma esclusivamente rifacendosi al loro legame, al loro rapporto reciproco. Da questo legame scaturisce un sistema di tensioni il cui ordine si comunica a ciascun singolo filo, ma a ciascuno in modo più o meno differente a seconda della posizione e della funzione che ciascuno ha nell'insieme dell'intreccio.”<sup>73</sup>

Nell'opera, l'autore sostiene che gli individui che per strada si sfiorano apparentemente come estranei, senza rapporti reciproci, in realtà sono legati tra loro da una quantità di catene invisibili, siano esse di lavoro o di pulsioni o di affetti<sup>74</sup>. Le "catene" che egli cita, possono essere paragonate ai legami (*ties*) con cui i nodi di una rete si legano tra loro. Elias, sottolinea

---

<sup>73</sup> Elias Norbert (1987), *La società degli individui*, Edizione Il Mulino, Bologna, p. 44.

<sup>74</sup> *Ibidem*, p. 24

che soltanto approfondendo la natura e la struttura di questi rapporti, si comprende con quanta profondità l'interdipendenza delle funzioni umane leghi insieme gli individui.<sup>75</sup>

Un funzionamento analogo a quello proposto da Elias per le reti sociali, era stato individuato dallo psichiatra e neuropsicologo americano di origine tedesca Kurt Goldstein, riguardo al sistema nervoso centrale (SNC), inquadrandolo come una complessa e non riducibile rete interattiva di cellule, con i neuroni che costituiscono i suoi *nodal point*. Il funzionamento dei neuroni e dell'intero sistema nervoso è allora comprensibile solo in termini di costante interazione fra la rete e i neuroni. L'approccio derivato da Goldstein diventa allora estendibile alla relazione fra l'individuo e il suo mondo socioculturale, in cui il network diventa la rete sociale e i *nodal point* sono costituiti dagli individui.

“ La rete diviene quindi il sistema di relazioni che connette gli individui, e ognuno di essi, in quanto punto nodale della rete, è un luogo sociale e mentale di convergenza e divergenza di relazioni trans-personali con altri nodi”<sup>76</sup>. L'insieme delle reti sociali che attraversano l'individuo costituiscono dunque il suo universo sociale di riferimento, il suo specifico ambiente di vita. In questo senso prendersi cura delle relazioni sociali vuol dire aiutare le persone a stare, pensare, evolversi e lavorare in gruppo.

#### *Descrizione della tecnica*

La carta di rete nasce come strumento di indagine psico-sociale, a partire dalla teoria delle reti sociali sviluppate dall'epidemiologia sociale per studiare la correlazione dei fattori di rischio nelle malattie psico-somatiche e croniche – degenerative ( Berkman, Kawachi, 2000; Sanicola, 1995). Si evolve successivamente come strumento descrittivo - diagnostico, nell'ambito della psicopatologia, in accordo con le più recenti teorizzazioni della salute mentale di comunità e alla psicoterapia analitica di gruppo ( Fasolo, Ambrosiano, Cordioli; 2005).

Come già precedentemente accennato, la carta di rete è una tecnica di mind-imaging che rappresenta graficamente le relazioni del soggetto e la ricostruzione soggettiva del suo modo di abitare il mondo. Attraverso simboli appositamente predisposti e seguendo una disposizione ego-centrata, diventa così possibile rappresentare graficamente e visualizzare le reti sociali ed i legami interpersonali del soggetto. La disposizione ego-centrata prevede cioè la posizione del soggetto al centro delle sue reti e la tessitura di legami diretti tra egli e gli altri soggetti.

---

<sup>75</sup>*Ibidem*, p 30.

<sup>76</sup>Di Maria F., Formica I. (2009) *Fondamenti di gruppoanalisi*. Bologna, Il Mulino, p. 61

Essa viene utilizzata all'interno di un colloquio clinico – sociale semistrutturale, denominato *Colloquio Carta di Rete* che ha lo scopo di esplorare le relazioni della persona intese come specchio del suo funzionamento mentale.

Il colloquio di carta di rete si articola principalmente in tre momenti.

Il primo in cui si chiede al soggetto un elenco delle persone (familiari, amici, colleghi) e dei luoghi sociali per lui significativi. La lista viene poi codificata secondo una simbologia grafica ben definita in base ai diversi tipi di rete:

- *Rete primaria* : la famiglia, i parenti, gli amici, i vicini. Si basa su relazioni affettive (positive o negative) e di reciprocità ( immediata o differita).
- *Rete secondaria Formale*: l'insieme delle istituzioni sociali, strutturate in modo specifico, che svolgono funzioni specifiche ed erogano servizi particolari. I legami che si instaurano dipendono dai ruoli ricoperti dai diversi attori. Gli scambi sono fondati sul diritto o sul denaro, i rapporti sono asimmetrici e di tipo professionale ( istituzioni di servizi sociali o sanitari).

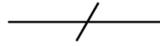
Il secondo momento concerne la rappresentazione delle persone e dei luoghi nominati su un foglio bianco, in relazione alla distanza- vicinanza affettiva percepita ( maggiore è la vicinanza al simbolo rappresentante il paziente, maggiore è l'intensità della relazione).

Nella fase finale si chiede al paziente di specificare che tipo di legame intercorre tra lui e ognuno dei soggetti riportati sulla Carta. La scelta è tra diversi tipi di legame:

- *forte*, verso quelle persone molto importanti di cui non riusciamo a fare a meno;
- *medio*, ma non banale o scontato ( è un legame che si capisce meglio per contrasto rispetto ai prossimi due);
- *debole*, è un legame meno intenso, verso persone non molto importanti ma che pure ci sono, hanno un piccolo ruolo nella nostra vita e magari quella volta che abbiamo bisogno di loro ci sono o abbiamo piacere di vedere ogni tanto;
- *discontinuo e conflittuale* è un rapporto che non è stabile e va male, in cui ad esempio si litiga.
- *interrotto* è un legame che non va più bene come prima, si è allentato ma che potrebbe in futuro rinsaldarsi;

La codificazione avviene in base a simboli grafici definiti nella tabella 1

Tabella 1- Legenda qualità delle relazioni

<b>LEGAMI AFFETTIVI</b>	
	FORTE
	MEDIO
	DEBOLE
	CONFLITTUALE
	INTERROTTO

In sintesi la carta di rete permette:

- Una visualizzazione immediata del network (rete sociale);
- L'osservazione del movimento nel tempo e nello spazio delle relazioni;

L'esempio di Carta di rete che di seguito verrà presentato è tratto dalla ricerca condotta presso i Centri di Salute Mentale dei tre servizi Psichiatrici di Padova, in un arco di tempo che va da febbraio 2003 a febbraio 2005.



Le funzioni della carta sono dunque molteplici: di rispecchiamento rendendo possibile la rappresentazione dei contenuti che appartengono al mondo interno ed esterno del paziente; di conoscenza della realtà di vita del soggetto, offrendo la possibilità di osservare, non solo gli aspetti legati al sintomo e alla malattia, ma anche il contesto familiare ed ambientale; di mappa per orientarsi nell'intricato territorio relazionale ( Tirelli et al., 2001).

Lo strumento è stato utilizzato, nella sua versione più semplice, per valutare la numerosità, la qualità e l'intensità delle relazioni famigliari e sociali. Nella figura 11 è mostrata una carta di rete realizzata con l'aiuto dell'intervistatore da uno dei soggetti della ricerca. Si noti come il soggetto abbia evitato di porsi al centro del foglio, in linea con una cultura non occidentale.

Le distanze misurate in cm sono state utilizzate come parametro per l'analisi Multidimensional Scaling.

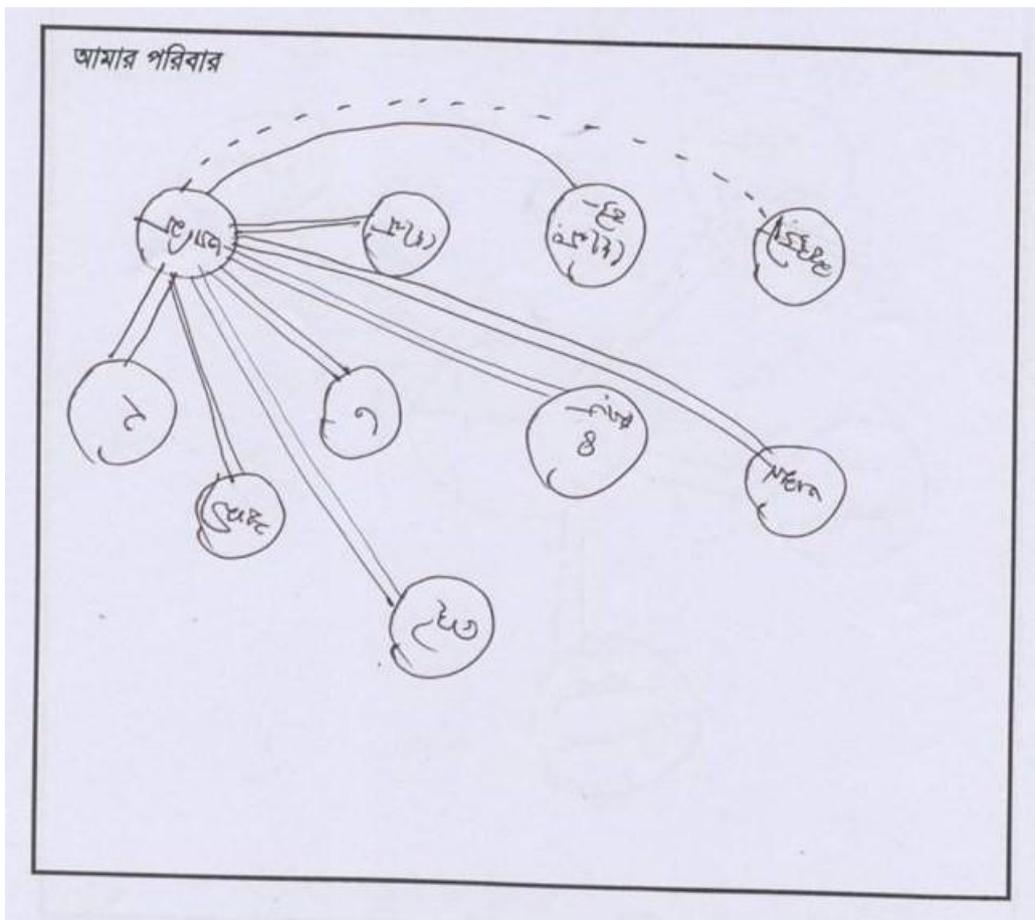


Figura 11 - Carta di rete familiare

#### 4.3.2. Strumenti e indicatori per valutare il benessere economico

Il benessere economico è stato rilevato sulla base di due macro dimensioni: il livello di povertà e la performance del prestito.

La dimensione livello di povertà è rappresentata da quattro indicatori specifici: la sicurezza alimentare, la qualità dell’abitazione, il valore dei beni di proprietà e il denaro investito per gli indumenti. La dimensione performance del prestito è determinata da alcuni indicatori specifici che ne influenzano il successo. Gli strumenti selezionati per effettuare la rilevazione provengono dagli studi sulla valutazione dell’impatto economico dei programmi di microcredito e dalla pratica tradizionale di monitoraggio adottata della Grameen Bank.

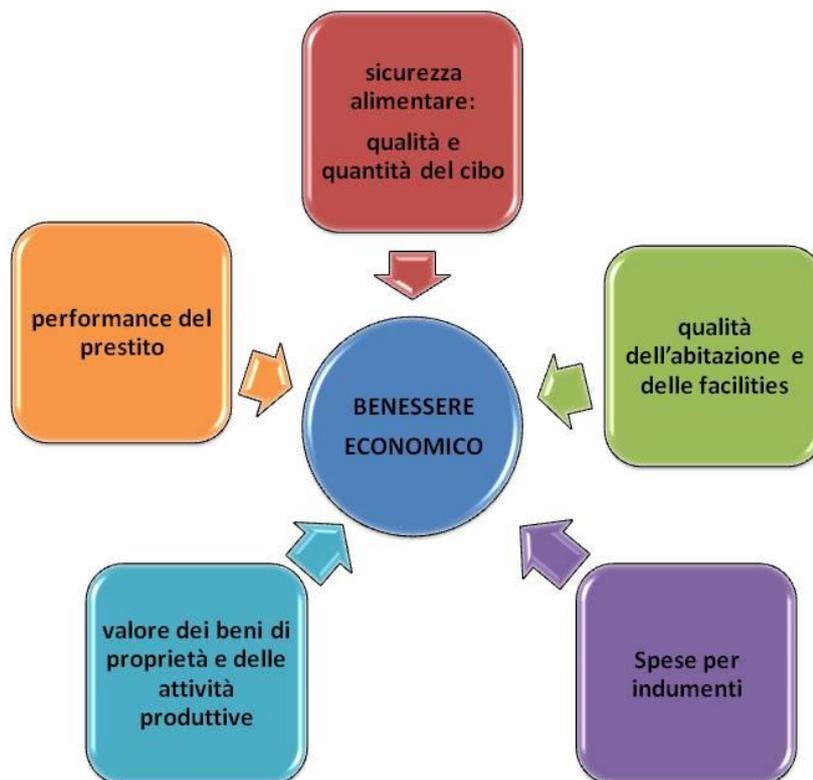


Figura 12 - Indicatori della dimensione tangibile

4.3.2.1. *Livello di Povertà: CGAP Poverty Assessment Tool; Grameen Form 1*

Per valutare il benessere economico è stato utilizzato il *CGAP Poverty Assessment Tool* (PAT), strumento progettato per offrire alle IMF un quadro chiaro sul livello di povertà dei loro clienti. Esso fornisce dati rigorosi sui livelli di povertà dei clienti, in quanto membri di una comunità specifica, grazie alla costruzione ad hoc di un indice di povertà multidimensionale che consente confronti tra gli out come delle IMF nei vari paesi. Lo strumento è stato progettato principalmente per *donors* e investitori, che richiedono una misurazione più standardizzata, universale e allo stesso tempo rigorosa, per indirizzare in modo appropriato le decisioni di finanziamento nei programmi di lotta alla povertà. Il PAT deve essere usato in combinazione con altri strumenti di valutazione dell'impatto per garantire un'ampia comprensione dell'impatto delle IFM.

CGAP ha commissionato all'*International Food Policy Research Institute* (IFPRI) lo sviluppo di uno strumento semplice, economico e operativo capace di fornire informazioni statistiche attendibili sul livello di povertà dei clienti delle MFI. Il team IFPRI, guidato da Manfred Zeller, ha condotto un'ampia revisione della letteratura ed ha avviato numerose consultazioni con esperti degli indici di povertà con l'intenzione di individuare indicatori in grado di cogliere la multidimensionalità della povertà (Potenziale di reddito, proprietà dei beni, il capitale umano, capitale sociale, i livelli nutrizionali, l'accesso al cibo, riparo e abbigliamento, sicurezza, ecc). Gli indicatori, selezionati sulla base della loro affidabilità, semplicità, qualità discriminante e applicabilità universale, hanno costituito un questionario generico, aperto a modifiche e revisioni a seconda delle diverse situazioni sociali e dei contesti culturali. L'impianto valutativo è stato testato in quattro diversi contesti geografici (Africa, Asia meridionale, America Centrale). I risultati delle indagini, la costruzione degli indici di povertà, e l'esito delle misurazioni sono stati discussi con le IMF, medici di base, accademici e altri professionisti del settore della microfinanza. I diversi punti di vista e suggerimenti hanno contribuito al perfezionamento dello strumento PAT.

**Struttura del questionario**

La famiglia è l'unità di campionamento di base. Generalmente viene applicato solo ai nuovi beneficiari (meno di sei mesi nel programma), per poter eliminare eventuali variabili covariate legate ad un'adesione prolungata al programma di sviluppo, e ad un gruppo di controllo costituito da non-clienti.

*Dimensioni della povertà*

Lo strumento rileva informazioni sulle diverse dimensioni della povertà. Gli indicatori sono:

- Struttura demografica e delle attività economiche
- Calzature e abbigliamento delle spese

- La sicurezza alimentare e la vulnerabilità: la frequenza dei pasti, il consumo di lusso e cibo inferiore, giorni senza cibo
- Indicatori di stato della dimora: proprietà, superficie della camera, edificio materiale, l'accesso a elettricità, acqua potabile e servizi igienico-sanitari, combustibile per cucinare
- Terreno di proprietà
- Proprietà dei beni: bestiame, attività produttive e beni di consumo

L'enfasi su una varietà di indicatori deriva da un'ipotesi multidimensionale della povertà, un solo indicatore non sarebbe in grado di cogliere i diversi livelli di povertà in diversi paesi e contesti. Ad esempio mentre la proprietà della terra nelle zone rurali del Bangladesh e la struttura abitativa nel Sud e Sud-Est asiatico sono indicatori molto buoni livelli economici, hanno una rilevanza molto inferiore nei Paesi africani e latino americani. Inoltre l'utilizzo di più indicatori fornisce una migliore approssimazione dei livelli di povertà.

Ovviamente ogni item deve essere modificato e adattato in ogni studio affinché lo strumento sia adeguato al setting di riferimento.

Nel caso specifico di questo studio, è stata sia realizzata un'indagine preliminare, sia organizzato un *focus group* con gli operatori del branch di riferimento, al fine di adattare gli indicatori al contesto specifico del distretto di Nohakali.

In particolare gli adattamenti hanno caratterizzato il valore e la tipologia dei beni di proprietà (animali, terra agricola e non, beni di consumo) e la qualità e tipologia del cibo (*Luxury food e Staple food*)

#### *Punti di forza del metodo*

Gli indicatori si basano su dati osservabili e verificabili. Le condizioni delle abitazioni, ad esempio, rappresentano spesso il più grande investimento di una famiglia, e poiché in molte regioni ci sono variazioni specifiche dei modelli abitativi (Capanna di fortuna, a casa di paglia, a casa di latta sul tetto di case di mattoni e cemento) esse riflettono efficacemente le differenze economiche tra le famiglie di uno stesso villaggio. Altri indicatori, quali la proprietà della terra, funzionano bene come indicatori prossimali nei contesti specifici, ma non possono essere generalizzati in tutte le regioni. Il PAT può essere utilizzato dalle IMF anche per attività di monitoraggio e valutazione dell'impatto

Inoltre, lo strumento consente la costruzione di un indice di povertà (relativo al contesto) attraverso l'analisi delle componenti principali. Il risultato finale del PCA è la creazione di un singolo indice di povertà relativa che assegna a ciascuna famiglia del campione un valore specifico, un punteggio, che rappresenta lo stato di povertà di ogni nucleo familiare in

relazione a tutte le altre famiglie del campione. Più basso è il punteggio, peggiore è la condizione economica delle famiglie [Fig.13].

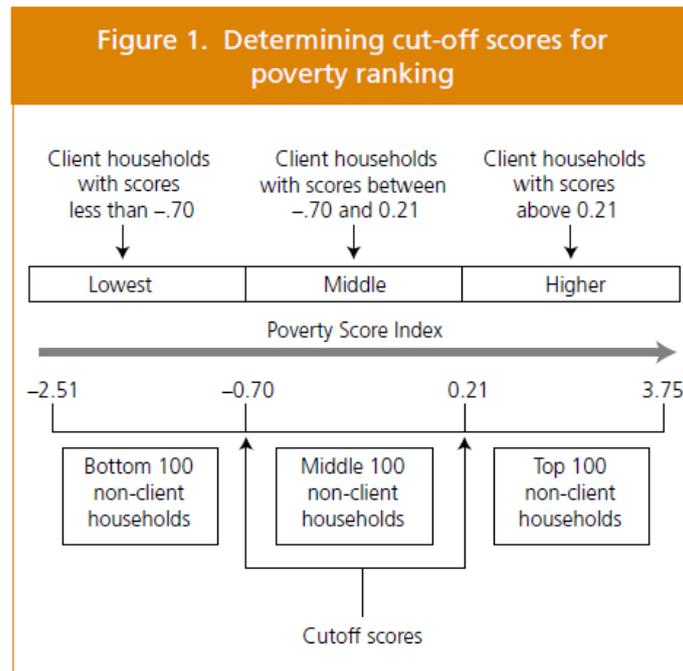


Figura 13- Fasce di povertà CGAP

L'indice di povertà permette un confronto tra i livelli di povertà dei clienti e dei non clienti in una regione specifica. Non è però in grado di mostrare se tali livelli sono superiori o maggiori rispetto alla media nazionale. Lo strumento CGAP quindi integra le informazioni di rilievo con due ulteriori strumenti: in primo luogo, una valutazione a livello nazionale sulle condizioni economiche della popolazione nazionale, da parte di una giuria di esperti, basata sulla valutazione dei salari e dei livelli occupazionali, qualità delle infrastrutture, livelli di alfabetizzazione e condizioni agricole (se rurale). In secondo luogo, l'uso dell'Indice di Sviluppo Umano (HDI) che consente di classificare il livello di povertà del paese esaminato rispetto a tutti gli altri paesi.

Al fine di quantificare il livello di benessere economico delle famiglie, il CGAP è stato integrato da un ulteriore strumento: il *Grameen Form n1*, una sorta di questionario utilizzato dalla banca Grameen per rilevare i dati anagrafici ed economici dei nuovi clienti prima dell'accesso al credito. Tale integrazione ci ha permesso di aumentare la precisione dei dati rilevati e di colmare le lacune dei dati mancanti durante la somministrazione.

4.3.2.2. *Performance del credito*

Una parte del questionario è stata dedicata alla valutazione della performance del credito al fine di rilevare alcune variabili discriminanti il successo o l'insuccesso del programma.

In particolare gli indicatori riguardavano:

1. Beneficiario reale del prestito
2. Gestore reale del prestito
3. Tipo di prestito
4. Tipologia di business
5. Fase del prestito
6. Restituzione del prestito
7. Outcome del business
8. Valore del prestito
9. Presenza di overlapping

I primi due indicatori (1,2) sono stati inseriti per discriminare la questione “utilizzatore reale del prestito”. La letteratura presentata nei capitoli precedenti, evidenzia l'ambiguità relativa all'effettivo utilizzo del prestito. Le donne, beneficiarie del prestito per default (sulla base della filosofia Grameen), ma impossibilitate a gestirlo autonomamente, lo cederebbero in uso al marito o ai figli maschi. Inoltre, le donne che decidono di utilizzarlo per sé, hanno comunque un limitato potere decisionale sulla gestione del credito e del profitto. Sul campo si è confermata tale ambiguità e perciò sono stati inseriti due indicatori distinti per discriminare al meglio il fenomeno.

Gli indicatori relativi alla tipologia di prestito e di business (3,4) sono stati inseriti per individuare i prestiti investiti impropriamente, cioè non diretti verso qualche attività imprenditoriale, ma piuttosto verso pratiche di estinzione di debiti precedenti, di dote per la figlia femmina, di investimento per la partenza di un membro della famiglia migrante. Gli indicatori successivi (5,6) si riferiscono alla fase del programma di microcredito e discrimina i beneficiari che non sono riusciti a restituire il prestito. Gli indicatori 7e 8 segnalano il successo dell'investimento, non tanto in senso economico, ma piuttosto in senso di compiutezza del progetto di business e restituzione completa del prestito.

Infine l'ultimo punto (9) discrimina la presenza di iperindebitamento dei beneficiari del prestito coinvolti in altri programmi di credito.

## **5. Capitolo**

### **Valutazione dell’Impatto del Programma di Microcredito Grameen**

#### **5.1. Obiettivi e Ipotesi di Ricerca**

##### *Ipotesi di ricerca*

Il sistema di piccoli prestiti che caratterizza il dispositivo del microcredito investe sulla creatività dell’individuo, stimolando la persona a sviluppare le sue potenzialità. Ciò può portare al raggiungimento di obiettivi rilevanti, che rendono l’individuo consapevole delle proprie capacità, e di conseguenza ne aumentano l’autostima e la fiducia in se stesso. Questi sono fattori che giocano un ruolo importante nell’eziologia di alcuni disturbi mentali comuni come l’ansia e la depressione, caratterizzati proprio da una serie di condizioni psicologiche che impediscono il pieno sviluppo della persona sul piano individuale, relazionale e sociale.

L’ipotesi principale dello studio si basa sul presupposto che il “gruppo di microcredito” si configuri “come un gruppo economico” non solo perché è in grado di produrre beni tangibili, ma anche perché si qualifica come una “struttura ad alto potenziale relazionale” capace di sviluppare al meglio le risorse dei partecipanti attraverso relazioni reciproche e paritetiche.

Inoltre, il microcredito, nell’accezione di strumento che produce beni tangibili, quali il reddito, e beni intangibili, quali l’aumento di autostima e lo scambio di fiducia, potrebbe rappresentare un dispositivo innovativo, sociale ed economico, utile alla valorizzazione delle abilità dei soggetti generalmente esclusi dal mercato finanziario e considerati come un “peso” e non come una “risorsa” per le Comunità cui appartengono.

Alla luce di quanto detto, possiamo immaginare il microcredito come un vero e proprio intervento di sviluppo da integrare ai tradizionali programmi di promozione e prevenzione della salute mentale nei Paesi non industrializzati.

Tali riflessioni trovano riscontro nello studio riportato di seguito, in cui il microcredito viene considerato da un lato come uno strumento economico in grado di aiutare le famiglie a riemergere dalla soglia di povertà, dall’altro come un’interessante soluzione per le persone esposte allo stress provocato da condizioni economiche sfavorevoli, di evitare il rischio di insorgenza di disturbi mentali.

*Obiettivi di ricerca*

Obiettivo di questo studio è quello di valutare l’efficacia (*effectiveness*) dell’intervento microcredito, in termini di miglioramento del benessere economico delle donne e delle rispettive famiglie, e aumento dei benefici sul piano del benessere individuale, familiare e sociale. Si tratta dunque di uno studio di valutazione dell’impatto che mira a rilevare un cambiamento nella vita dei soggetti coinvolti.

Se volessimo rappresentare con un’immagine il complesso processo di cambiamento che coinvolge un individuo inserito in un programma di microcredito dovremmo fare riferimento all’effetto risonanza provocato dalla caduta di una goccia su di una superficie d’acqua calma. In tal senso, potremmo identificare nella goccia d’acqua l’iniziale attribuzione di fiducia costituita in concreto dall’elargizione di un piccolo prestito in denaro senza garanzie e, nella serie di reazioni a catena che producono cerchi concentrici via via sempre più ampi, l’impatto di tale partecipazione. I cerchi concentrici rendono l’idea di come i cambiamenti possano coinvolgere le diverse dimensioni della vita dell’individuo distribuite lungo un continuum dal livello micro al livello macro. Dunque, a partire da un miglioramento dell’individuo “relativamente a se stesso”, sarà possibile registrare dei progressi anche a livello familiare, nella sfera amicale, nella sfera lavorativa e infine nella sfera sociale più ampia fino ad arrivare ad ottenere risonanze a lungo termine anche nella sfera comunitaria.

Comprensione dell’impatto del Microcredito su:

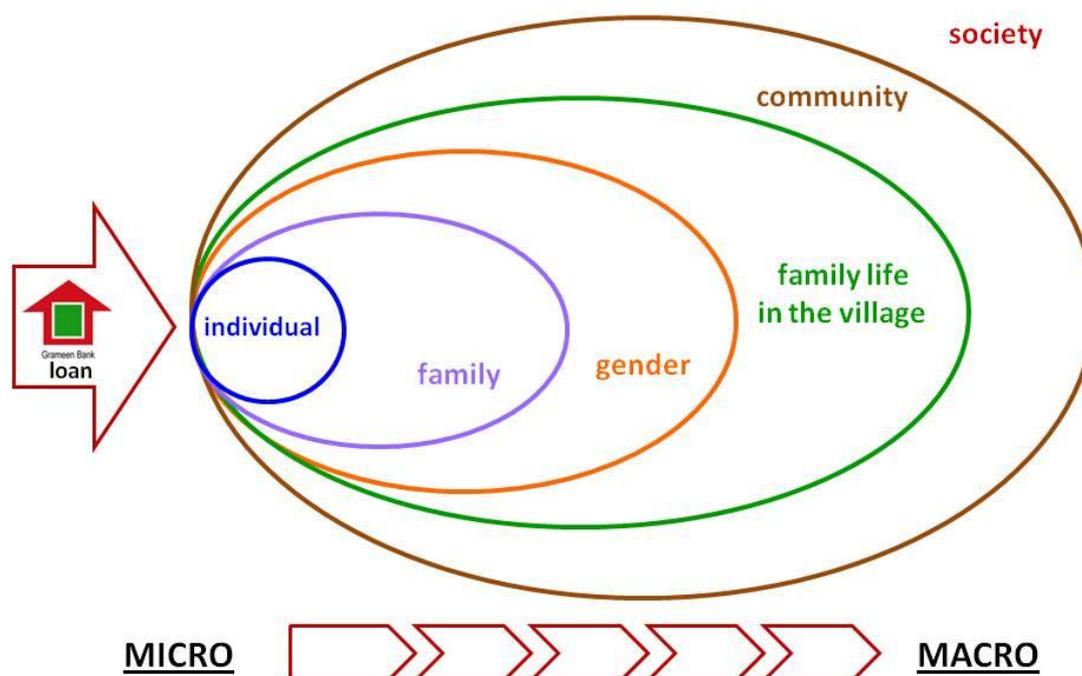


Figura 14 - Drop effect

La rilevazione del cambiamento, qui inteso come sviluppo delle “capabilities” individuali (A. Sen, 1982), si riferisce pertanto ad entrambe le dimensioni prese in esame: la dimensione intangibile (benessere psicologico) e la dimensione tangibile (benessere economico)

Obiettivo secondario dello studio è quello di analizzare e comprendere l’intreccio tra gli aspetti tangibili e intangibili coinvolti nell’intenzione di dare un piccolo contributo al dibattito scientifico impegnato sulla comprensione dell’associazione tra povertà e disturbo mentale. La partecipazione al programma di microcredito dunque, utilizzato qui come variabile indipendente (time 0-time 1) potrebbe avere un effetto (dare un contributo) sulla riduzione del rischio di sviluppo di disturbi mentali tra le popolazioni più vulnerabili.

Nell’intenzione di comprendere e valutare la complessità di tale fenomeno e di tutte le molteplici variabili coinvolte nel processo di cambiamento è stato necessario attingere a costrutti teorici, metodologie e strumenti di ricerca provenienti da differenti ambiti disciplinari (per un approfondimento si veda il Capitolo 4)

## 5.2. METODO

### 5.2.1. Campionamento

Tutti i soggetti che hanno preso parte al presente studio (N 100) sono stati reclutati presso tre differenti villaggi nel Distretto di Noakhali, in Bangladesh. Il drop out tra la prima (*time 0*) e la seconda somministrazione (*time 1*) ha riguardato 15 soggetti che sono stati irreperibili o non più disponibili al momento della seconda somministrazione.

Il campione di convenienza è composto unicamente da donne che aderiscono al programma di microcredito Grameen. I soggetti sono stati selezionati esclusivamente sulla base della loro condizione di neo beneficiarie (definite *new borrowers*) partecipanti al programma di credito da massimo 3 mesi. Al momento della selezione, inoltre, sono state escluse le donne che beneficiavano contemporaneamente di altri programmi di sviluppo (microcredito individuale, programmi del governo, ecc).

La popolazione studiata ha un’età compresa tra i 19 e i 57 anni, tale range di età è stato selezionato in conformità con l’obiettivo secondario di determinare la prevalenza di disturbi mentali comuni tra la popolazione in età lavorativa nelle zone rurali del Bangladesh.

Per rispettare i suddetti criteri di inclusione, gli operatori locali della Grameen Bank hanno selezionato i soggetti prediligendo i villaggi più remoti in cui, la probabilità di individuare neo-beneficiarie, era maggiore.

Ciò spiega la differenza di distribuzione dei soggetti intervistati tra i tre branch offices considerati: branch 1, Mokra Nangolot (29,4%), branch 2, Dhaulo (22,4%), branch 3, Feria (48,2%)

Nel disegno di ricerca non è stato incluso un gruppo di controllo per una serie di motivazioni:

- 1) difficoltà oggettive a reperire donne escluse dai programmi di sviluppo. All’interno di uno stesso villaggio, infatti, esistono molteplici istituzioni di microfinanza con metodologie e servizi finanziari differenti
- 2) questione etiche legate all’impossibilità del gruppo di controllo di aderire a qualsivoglia programma di sviluppo o credito durante i 12 mesi previsti dalla ricerca.
- 3) natura sostanzialmente esplorativa dello studio che si propone piuttosto come un progetto pilota interessato a testare strumenti psicologici all’interno di uno studio di valutazione dell’impatto economico.

Tuttavia, al fine di ottenere dei parametri di benessere economico di paragone, l’impianto valutativo è stato somministrato anche a 20 donne inserite da oltre 10 anni nel programma di

microcredito della Grameen Bank (definite *old borrowers*). Le analisi realizzate tra i due gruppi di studio non verranno riportate in questa tesi, ma sono state utilizzate per comprendere il range di benessere economico- psicologico presente all’interno delle stesse comunità-villaggio del campione di riferimento.

### Descrizione del contesto

Le interviste sono state realizzate nel distretto di Noakhali, una regione nel sud del Bangladesh, precisamente in tre differenti villaggi in cui è presente il branch office della Grameen Bank (*Mokra Nangolot, Dhaulo, Feria*).

Si tratta di una regione particolarmente difficile, la cui sopravvivenza è affidata prevalentemente ad un’economia di sussistenza di tipo agricolo. I villaggi della regione sono remoti, scarsamente dotati di infrastrutture e dotati di modeste possibilità di comunicazione e fornitura elettrica. Oltre la metà degli abitanti non ha ricevuto un’istruzione formale, e più dell’80% è di religione musulmana. L’isolamento di questi villaggi ha favorito una cultura particolarmente conservatrice e maschilista. Questi villaggi possono essere considerati ampiamente rappresentativi delle zone rurali del Bangladesh.



Figura 15- Distretto di Noakhali

### **5.2.2. Disegno di ricerca**

Lo studio rientra nei disegni quasi sperimentali poiché è caratterizzato dal parziale controllo di tutte le variabili in gioco. E’ caratterizzato da un unico campione, sul quale sono state effettuate misure ripetute secondo un disegno longitudinale.

L’intero impianto valutativo è stato sottoposto alla fase di back translation (si veda Capitolo 4) e alla fase di pre-test realizzata (Gennaio 2010) su un campione fittizio di 12 donne già beneficiarie di un programma di microcredito.

Superata la fase di adattamento degli strumenti al contesto culturale specifico (sono stati organizzati focus group con persone chiave per la comunità: leaders locali, insegnanti e leader religiosi), si è proceduto alla prima somministrazione (Gennaio/Febbraio 2010). La seconda somministrazione è stata realizzata sugli stessi soggetti con gli stessi strumenti a distanza di 12 mesi (Dicembre 2010/ Gennaio 2011)

Tutte le interviste sono state condotte in privato presso le abitazioni delle beneficiarie. Le informazioni sono state raccolte, attraverso un’intervista individuale, durata in media circa 45 minuti. Le interviste sono state realizzate insieme al collega Shamimur Rahman coinvolto direttamente nella presente ricerca. Agli intervistati di ciascun famiglia è stata garantita riservatezza del processo e delle conclusioni. Se la persona selezionata non era in casa, venivano fatte visite aggiuntive.

#### *5.2.2.1. Analisi dei Dati*

Tutte le analisi statistiche sono state svolte con il pacchetto software statistico SPSS, versione 17 per sistema operativo Windows.

Dopo aver controllato che le assunzioni dei rispettivi test statistici fossero rispettate:

- per rilevare il cambiamento tra la prima (Time 0) e la seconda somministrazione (Time1) sono state eseguite Analisi Multivariata per prove ripetute, T test per campioni appaiati per le variabili continue, Test di Wilcoxon per le variabili ordinali e test di McNemar per le variabili dicotomiche.
- per rilevare l’effetto esito della performance di microcredito, l’effetto tempo e l’effetto interazione tra questi due fattori sono state eseguite Analisi fattoriale Mista e Analisi RM Manova;
- le analisi relative alla qualità della rete relazionale familiare e sociale delle beneficiarie sono state condotte attraverso la tecnica del Multidimensional Scaling (MDS ALSCAL modello a distanze euclidee )

- per rilevare l’intreccio tra la dimensione tangibile e la dimensione intangibile sono state eseguite regressioni lineari
- per rilevare differenze individuali e famigliari tra i due differenti gruppi di esito (positive e negative outcome) sono stati eseguiti T test per campioni indipendenti, Test del Chi Quadro di Pearson e test di Mann Whitney.

Il disegno è di tipo fattoriale poiché sono presenti tutte le possibili combinazioni di fattori ed è stato possibile analizzare tutti gli effetti cui i criteri di classificazione utilizzati fanno riferimento e tutte le possibili interazioni tra gli effetti principali

Il processo interpretativo relativo ai risultati si è sviluppato parallelamente ad uno studio costante e continuo dei risultati emergenti nella letteratura scientifica dedicata all’analisi dell’impatto dei programmi di microcredito.

#### *5.2.2.2. Descrizione del campione*

Vengono presentati di seguito i risultati relativi alle principali caratteristiche socio-anagrafiche delle famiglie delle beneficiarie del programma di microcredito.

L’età media delle donne (N 85) è di 33,18 anni ( $\pm 9,17$ ; range: 19-57), l’età media dei mariti delle beneficiarie (N 81) è di 39,91 anni ( $\pm 11,15$ ; range: 22-72).

La maggior parte del campione è composto da donne coniugate (89,4 %), una piccola parte (10,6%) è composta da donne vedove (4,7 %) o con mariti che vivono e lavorano in altri paesi (5,9%) [Fig.16]. La maggior parte del campione ha frequentato una parte della scuola primaria (87,1) senza concluderla, una piccola percentuale è composta da soggetti che non hanno mai ricevuto alcuna istruzione (10,6%). L’80% del campione ha dichiarato di non sapere né leggere, né scrivere. Le percentuali di livello di istruzione dei mariti non presenta differenze sostanziali rispetto alle beneficiarie: il 17,3% dichiara di non aver ricevuto nessuna istruzione, l’80,2% ha frequentato in parte la scuola primaria.

Il numero medio di figli per famiglia è di 3,08 ( $\pm 1,57$ ; range: 1-9).

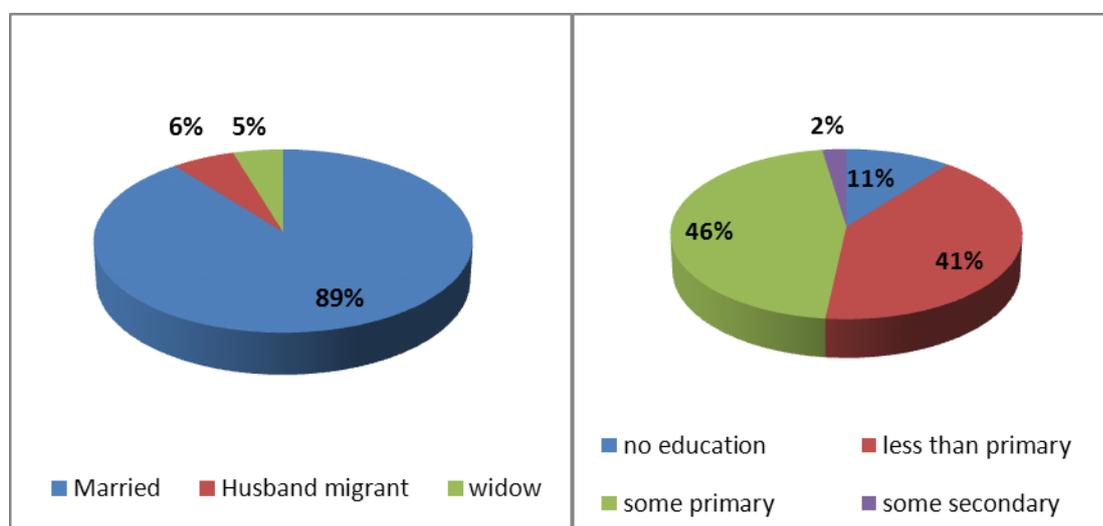


Figura 16- Stato civile e livello di istruzione delle beneficiarie

Tabella 2 - livello istruzione

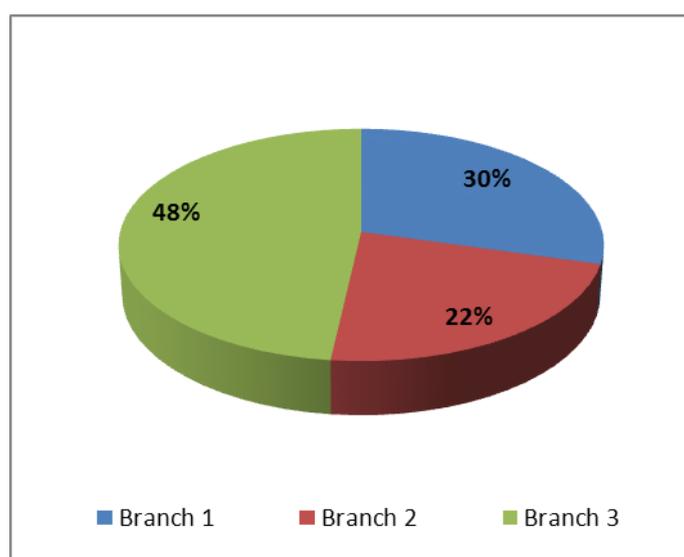
	N	No education	Less than primary	Some primary	Some secondary
<b>Wife</b>	85	10,6%	41,2%	45,9 %	2,4 %
<b>Husband</b>	81	17,3 %	44,4%	35,8 %	2,5 %

Rispetto alla condizione occupazionale, la maggior parte del campione non lavora e si classifica come casalinga. Le occupazioni dei mariti sono equamente distribuiti tra lavoratori autonomi e lavoratori dipendenti. (Tabella 4).

**Tabella 3- Situazione occupazionale**

	N	Self employed	Dipendent worker	No work
<b>Wife</b>	85	-	5,9%	94,1%
<b>Husband</b>	81	44,4%	53,1%	2,5%

Il campione proveniva da tre differenti branches limitrofi nella zona di Nohakhali: branch 1 Mokra Nangolot (29,4%), branch 2 Dhaulo (22,4%), branch 3 Feria (48,2%)



**Figura 17\_distribuzione del campione nei branches**

### 5.3. Risultati

#### 5.3.1. Dati Anagrafici

Per verificare se la proporzione di 85 donne, inizialmente non lavoratrici (housewives 4,1%) si fosse modificata dopo l’accesso al credito è stato eseguito un test di McNemar, che ha rivelato un aumento statisticamente significativo della proporzione di donne lavoratrici dipendenti (casual worker, 24,7%) [ $z = 2,58, p < ,05, h = 0,28$ ] Per verificare se la condizione occupazionale di mariti (81 soggetti) si è modificata dopo l’accesso al credito è stato eseguito un test di Wilcoxon, che ha rivelato che molto probabilmente un cambiamento non c’è stato [ $z = -,220, p > ,05$ ]

**Tabella 4- Situazione occupazionale borrowers e mariti**

	Time 0		Time 1	
	N	%	N	%
<b>Wife</b>				
<b>Housewife</b>	80	94,1 %	64	75,3%
<b>Casual worker</b>	5	5,9%	21	24,7%
<b>Total</b>	85	100%	85	100%
<b>Husband</b>	N	%	N	%
<b>Unemployed</b>	2	2,5%	9	11,1%
<b>Salaried worker</b>	43	53,1%	27	33,3%
<b>Self employed</b>	36	44,4%	45	55,6%
<b>Total</b>	81	100%	81	100%

Per quanto riguarda gli uomini, ciò che diminuisce significativamente, dopo l’accesso al credito delle mogli, è la proporzione di mariti che contribuisce attivamente all’economia familiare. (Time 0: 98,8%, Time 1: 85,2%): [ $z = 2,58, p < ,05, h = 0,28$ ]

### 5.3.2. Performance Del Prestito

#### *Fruitore reale del prestito e gestore reale del prestito*

Tutte le analisi relative al cambiamento (miglioramento, peggioramento) della performance del credito sono state realizzate unicamente sui membri che sono rimasti attivi durante tutto il periodo di ricerca (12 mesi). [active members, N 72 soggetti]

Dalle analisi descrittive si nota che dopo 12 mesi aumenta sia la percentuale di donne che utilizza il prestito per sé (*Time 0*: 15,3%; *Time 1*: 26,4%), sia la percentuale di famiglie in cui i due coniugi utilizzano insieme il prestito (*Time 0*: 11,1%; *Time 1*: 19,4%).

Non emergono differenze nelle proporzioni relative a chi gestisce realmente il prestito, la gestione del rimane distribuito in maggioranza tra totale controllo del marito e gestione congiunta del marito e della moglie.

**Tabella 5-Utilizzatore del prestito**

<b>Who is borrowing</b>	<b>Time 0</b>		<b>Time 1</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Husband</b>	48	66,7%	36	50,0%
<b>Wife</b>	11	<b>15,3%</b>	19	<b>26,4%</b>
<b>Son</b>	5	6,9%	3	4,2%
<b>Husband &amp; Wife</b>	8	<b>11,1%</b>	14	<b>19,4%</b>
<b>Total</b>	72	100%	72	100%

**Tabella 6- Gestore del prestito**

<b>Who controls the loan</b>	<b>Time 1</b>		<b>Time 1</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Husband</b>	25	34,7%	25	34,7%
<b>Wife</b>	21	29,2%	20	27,8%
<b>Son</b>	2	2,8%	1	1,4%
<b>Husband &amp; Wife</b>	24	33,3%	26	36,1%
<b>Total</b>	72	100%	72	100%

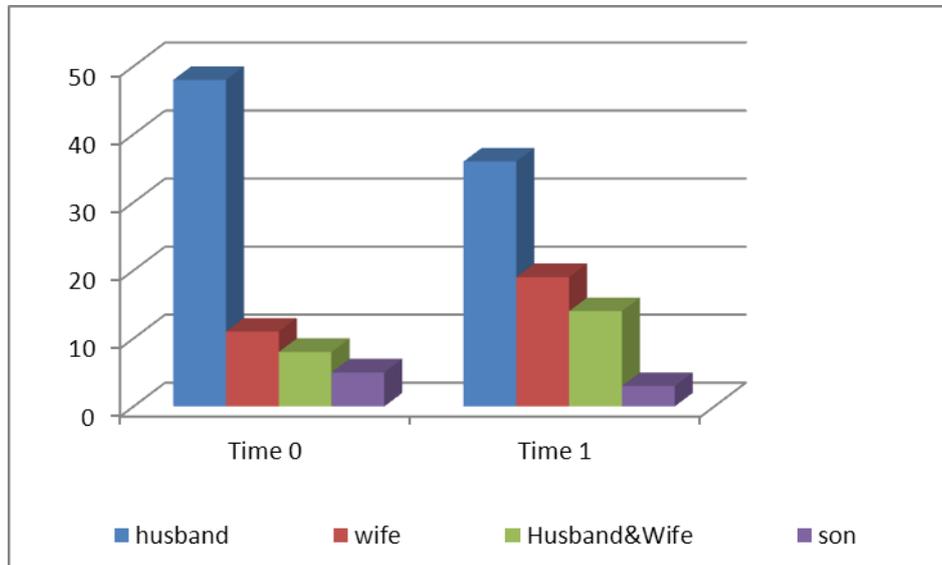


Figura 18-Utilizzatore del prestito

*Tipologia di prestito e tipologia di business*

A livello descrittivo si osserva un cambiamento nel tempo delle preferenze circa le direzioni di investimento del prestito: aumenta la percentuale di donne che investe il prestito impropriamente ovvero per la dote della figlia femmina, per le spese di migrazione di un membro della famiglia o per pagare le tasse scolastiche. [(Type of loan: *Time 0*: 2,8%; *Time 1*: 11,1%); (Type of business: *Time0*: 6,9%; *Time 1*:18,1%)]

Tabella 7-Tipologia di prestito

Type of loan	Time 0		Time 1	
	N	%	N	%
<b>Basic Loan</b>	67	93,1%	59	81,9%
<b>Loan for consupion</b>	3	4,2%	5	6,9%
<b>No properly loan</b>	2	<b>2,8%</b>	8	<b>11,1%</b>
<b>Total</b>	72	100%	72	100%

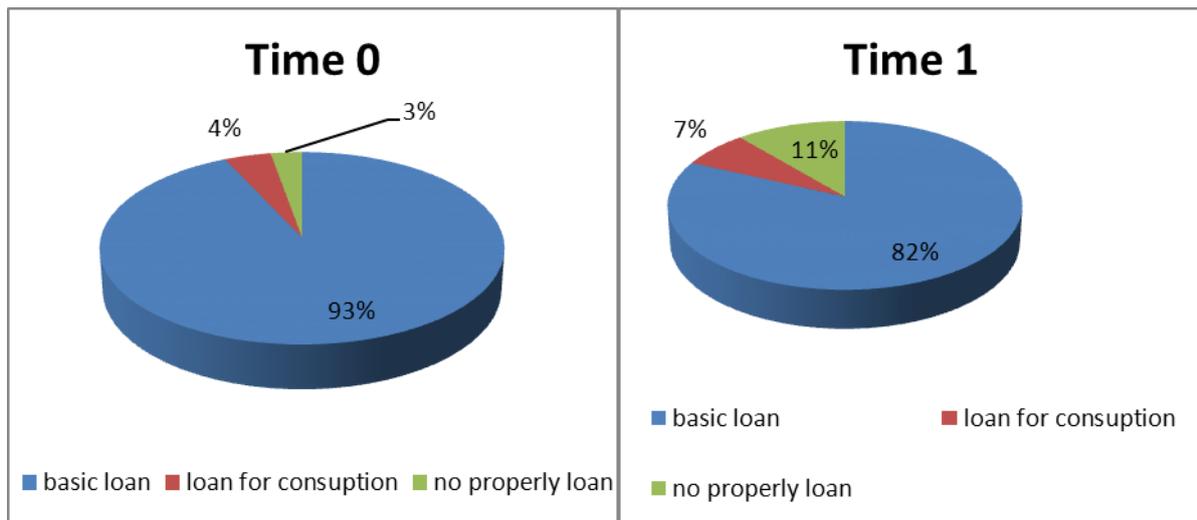


Figura 19 – Tipologia di prestito in Time 0 e Time 1

Tabella 8 - Tipologia di business

Type of business	Time 0		Time 1	
	N	%	N	%
No business	5	6,9%	13	18,1%
Animals	14	19,4%	12	16,7%
Land	23	31,9%	22	30,6%
Shop	14	19,4%	10	13,9%
Business fish	1	1,4%	5	6,9%
Alimentary business	10	13,9%	4	5,6%
Mean of transport	5	6,9%	6	8,3%
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>	<b>72</b>	<b>100%</b>

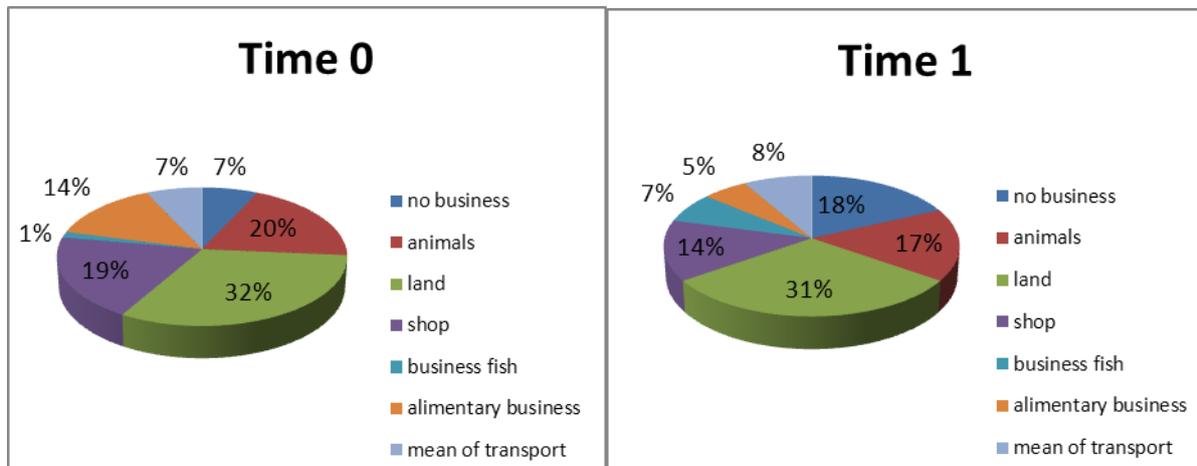


Figura 20-tipologia di business Time 0 e Time 1

#### *Ammontare del prestito*

Per verificare se ci fosse stato un aumento dell’ammontare medio del prestito dopo il primo anno di adesione al programma Grameen è stato eseguito un test t per campioni dipendenti, che rivelato

che un aumento relativo alle dimensioni del prestito richiesto (Time 0:  $M = 8.555,56$ ,  $DS = 2.550,27$ ; Time 1:  $M = 12.763,89$ ,  $DS = 6.908,84$ ) è statisticamente significativo  $t(s) (71) = -5,31$ ,  $p \leq 0,0001$ . Si rileva inoltre che circa il 18% del campione ha richiesto dopo 12 mesi un prestito ( $M = 7.094,12$ ) ad altre organizzazioni formali e informali.

Al termine dei 12 mesi (time 1) una piccola percentuale di donne ha abbandonato il programma Grameen (9,4%), principalmente le ragioni risiedono in trasferimenti della famiglia in altri villaggi e cambiamento dello stato civile dei soggetti (divorziate); abbiamo ulteriormente distinto tra active (84,7) e inactive members, per distinguere coloro che nel corso dei 12 mesi non hanno richiesto il prestito, ma hanno solo usufruito della possibilità di deposito (15,3%)

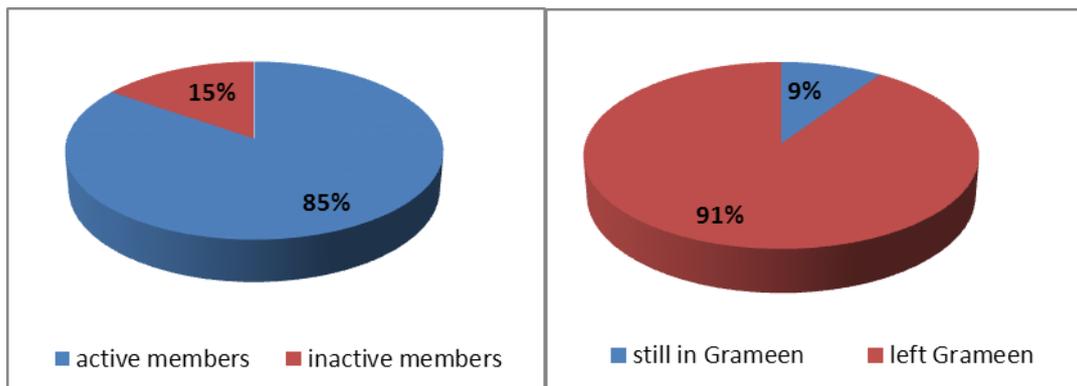


Figura 21\_percentuale membri attivi nei 12 mesi

## 5.4. Dimensione Intangibile

### 5.4.1. Livello di Autostima (Rosenberg Self Esteem Scale-10)

E' stata eseguita un'analisi della varianza fattoriale mista (GLM) 2 x 2 (Esito del programma di microcredito: Successo, Insuccesso; fattore between] x tempo [Time 0, Time 1, fattore within]. Gli effetti principali sono risultati statisticamente significativi (Time:  $F(1, 83) = 21,799$ ,  $p < ,0001$ ,  $\eta_2$  parziale = **,208**; Esito (S/I) :  $F(1, 83) = 4,519$ ,  $p = ,037$ ,  $\eta_2$  parziale = **,052**),così come l'interazione:  $F(1, 83) = 55,969$ ,  $p \leq ,0001$ ,  $\eta_2$  parziale = **,403**).

Le dimensioni degli effetti sono tra il moderato e il grande (Cohen, 1988), tuttavia si segnala che al Levene's Test of Equality of Error Variances, le varianze dei gruppi between per un livello della variabile within non è risultata essere omogenea [ $F(1,83) = 4,846$ ,  $p = ,030$ ].

Possiamo dunque concludere che sulla variabile dipendente livello di autostima,vi sia un effetto del tempo indipendentemente dall'esito del programma di microcredito, un effetto dell'esito indipendentemente dal tempo trascorso , e un effetto interazione.

Tabella 9-Medie dei punteggi livello di autostima tempo x esito

	Successo/insuccesso	Time 0			Time 1	
		N	Mean (T0)	ds	Mean (T1)	ds
<b>SELF ESTEEM</b>	<b>Negative outcome</b>	33	19,42	2,70	18,64	2,24
	<b>Positive outcome</b>	52	18,44	2,38	21,85	3,12
	<b>Total</b>	85	18,82	2,54	20,60	3,21

Dal grafico e dalle descrittive si rileva come, prima dell’accesso al credito, i punteggi medi del livello di autostima fossero maggiori per le donne che hanno avuto un esito negativo rispetto a quelle che hanno avuto un esito positivo. Le medie descrittive segnalano un livello di autostima più alto tra le donne che hanno avuto un negative outcome [M (T0) ±19,42; DS 2,70; range: 15-26], e un livello medio di autostima più basso tra le donne che hanno avuto un positive out come [M (T0) ±18,44; DS 2,38; range: 14-23], tuttavia tale differenza non è risultata essere significativa (Anova one way) [ $F(1, 83) = 3,078, p =,083$  ].

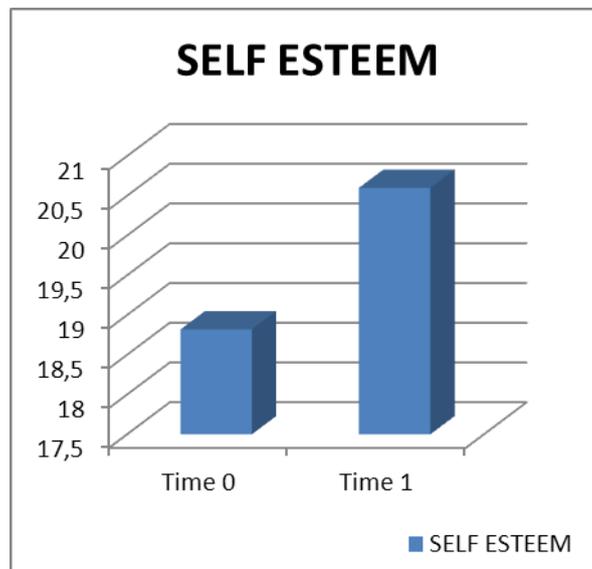


Figura 22- confronto livello autostima time 0 time 1

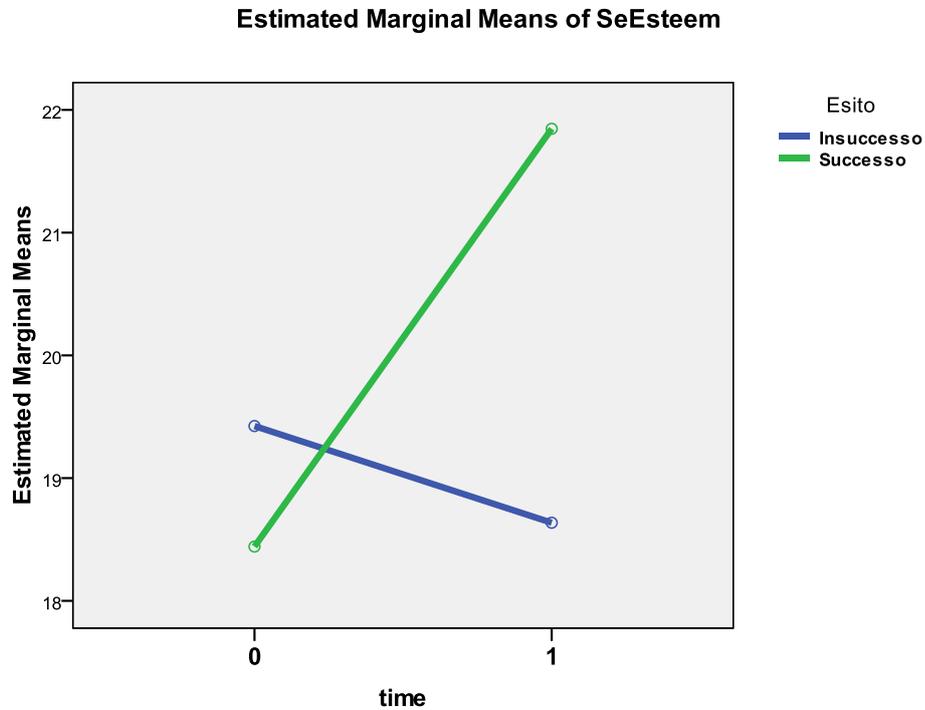


Figura 23 - Interazione esitoxtempo sul livello di autostima

#### 5.4.2. Benessere psicologico (General Health Questionnaire, GHQ12)

E' stata eseguita un'analisi della varianza fattoriale mista (GLM) 2 x 2 (Esito del programma di microcredito: Successo, Insuccesso; fattore between] x tempo [Time 0, Time 1, fattore within]. Sono risultati essere significativi sia l'effetto Tempo (Time:  $F(1, 83) = 35,395, p \leq ,0001, \eta^2$  parziale = ,299], sia l'effetto l'interazione Esito x Tempo [  $Esito \times Tempo: F(1, 83) = 56,574, p \leq ,0001, \eta^2$  parziale = ,405).

Non risulta significativo l'effetto principale esito [  $Esito: F(1, 83) = ,229, p >,05, \eta^2$  parziale = ,003). Possiamo dunque concludere che sulla variabile dipendente livello di benessere psicologico, vi sia un effetto del tempo indipendentemente dall'esito del programma di microcredito, e un effetto interazione Esito x tempo.

Tabella 10 - Medie dei punteggi al GHQ esito tempo

	Successo/insuccesso	Time 0			Time 1	
		N	Mean (T0)	ds	Mean (T1)	ds
<b>GHQ 12</b>	<b>Negative outcome</b>	33	1,61	1,93	4,24	1,64
	<b>Positive outcome</b>	52	2,90	2,06	2,60	1,71
	<b>Total</b>	85	2,40	2,10	3,24	1,86
<b>General Dysphoria</b>	<b>Negative outcome</b>	33	2,18	1,44	3,18	1,57
	<b>Positive outcome</b>	52	3,15	1,55	2,75	1,77
	<b>Total</b>	85	2,78	1,57	2,92	1,7
<b>Social Dysfunction</b>	<b>Negative outcome</b>	33	,88	1,21	,73	1,12
	<b>Positive outcome</b>	52	1,27	1,10	,60	,99
	<b>Total</b>	85	1,12	1,15	,65	1,04

E’ stata eseguita un’analisi della varianza (Anova one way) per verificare se, al momento dell’ingresso nel programma di microcredito, vi fossero delle differenze relativamente al livello di depressione tra le donne con positive e negative outcome; l’analisi ha rilevato una differenza significativa tra i due gruppi di donne [ $F(1, 83) = 34,00, p = ,005$ ]. Al momento dell’ingresso nel programma di microcredito il livello di depressione era maggiore tra le donne che hanno avuto un positive outcome [M (T0)  $\pm 2,90$ ; DS 2,06; range: 0-8], e un livello di depressione più basso tra le donne che hanno avuto un negative outcome [M (T0)  $\pm 1,61$ ; DS 1,93; range: 0-7]. Si noti che entrambi i punteggi sono sotto il cut off definito per i punteggi al GHQ nei Paesi in Via di Sviluppo.

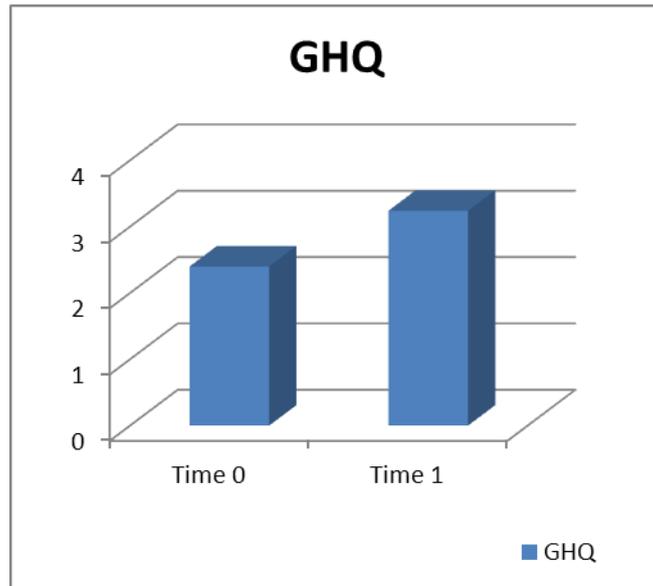


Figura 24 - confronto GHQ time 0 e time 1

Estimated Marginal Means of GeneralHealthQuestionnaire

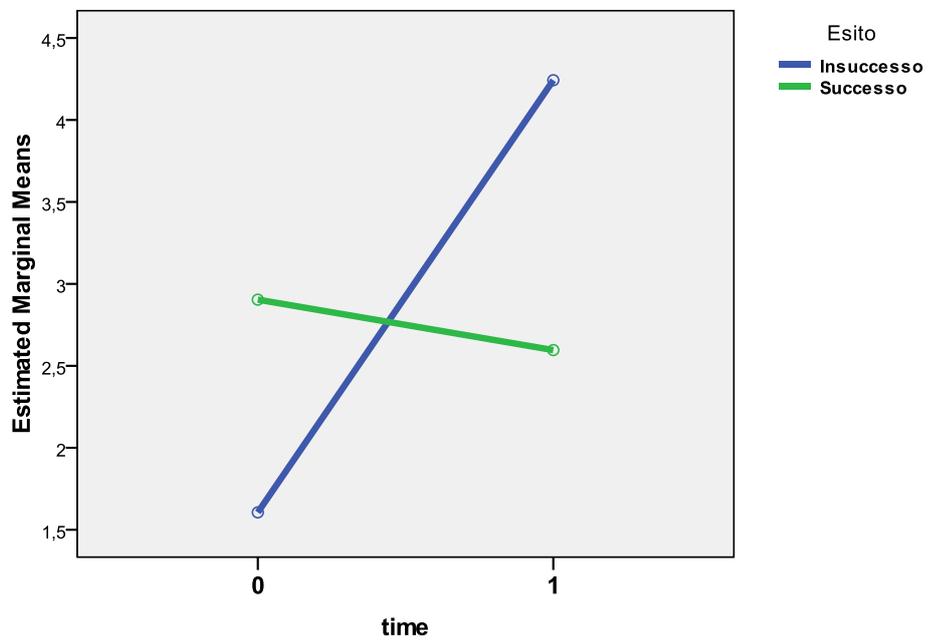


Figura 25 - interazione esitoxtempo sul GHQ

### 5.4.3. Dimensioni Interne del GHQ-12 (General Dysphoria e Social Dysfunction)

E' stata condotta un'analisi multivariata della varianza fattoriale mista (o analisi doppiamente multivariata) per valutare se i soggetti con diverso esito del programma di microcredito (*Insuccesso*: negative outcome; *Successo*: positive outcome) differissero rispetto ai punteggi ottenuti nelle due dimensioni del General Health Questionnaire (*General Dysphoria*; *Social Dysfunction*) e se tale differenza potesse essere attribuita all'interazione tra accesso al credito (Time) ed esito di tale accesso (Successo/Insuccesso). A livello multivariato sono risultati statisticamente significativi tutti l'effetto Tempo [Time: *Wilks' Lambda* = **,861**,  $F(1, 83) = 6,613$ ,  $p = ,002$ ,  $\eta^2$  parziale = **,14**) e l'effetto interazione Tempo x Esito (Tempo x Esito: *Wilks' Lambda* = **,857**,  $F(1, 83) = 6,845$ ,  $p = ,002$ ;  $\eta^2$  parziale = **,143**), mentre non è risultato significativo l'effetto principale Esito (Esito: *Wilks' Lambda* = **,989**,  $F(1, 83) = ,446$ ,  $p > ,05$ ,  $\eta^2$  parziale = **,011**).

Le successive analisi della varianza univariate hanno mostrato che l'effetto principale Tempo (cioè partecipazione al programma di microcredito) è significativo solo per la dimensione Social Dysfunction [ $F(1,83) = 7,929$ ,  $p = ,006$ ,  $\eta^2$  parziale = **,087**] e non per la dimensione General Dysphoria; al contrario l'effetto interazione è significativo solo per la dimensione General Dysphoria [ $F(1,83) = 13,077$ ,  $p = ,001$ ,  $\eta^2$  parziale = **,136**] e, per poco, non per dimensione Social Dysfunction [ $F(1,83) = 3,172$ ,  $p = ,079$ ,  $\eta^2$  parziale = **,037**].

L'effetto Esito non è significativo per entrambe le dimensioni.

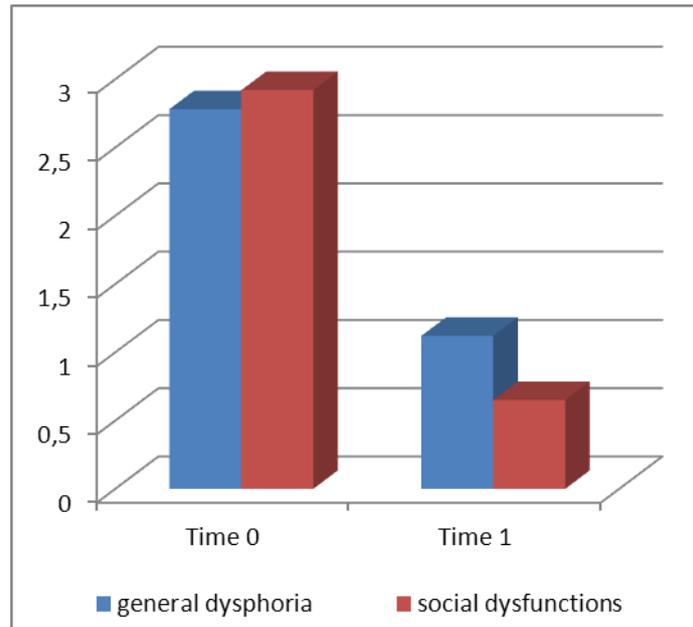


Figura 26 - GHQ bidimensionale time 0 e time 1

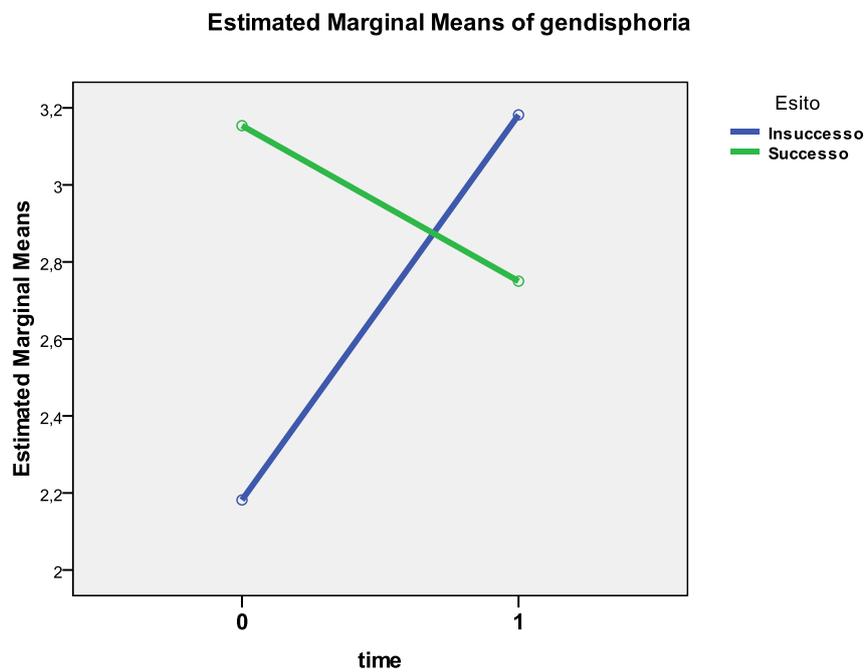
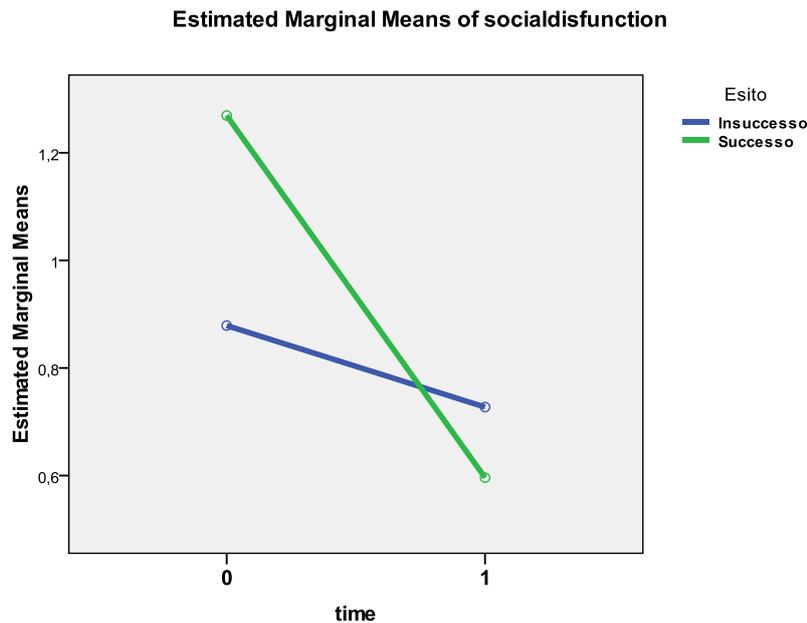


Figura 27 - General dysphoria interazione esitoxtempo



**Figura 28 - Social dysfunction interazione esitoxtempo**

*Intreccio tra tangibile e intangibile*

Per valutare come un esito positivo e negativo abbia influito sull’impatto del benessere soggettivo è stata utilizzata l’analisi della regressione lineare, mettendo in correlazione i punteggi DELTA (cioè T1-T0) del livello di autostima, del livello di depressione, della ricchezza acquisita. La variabile ricchezza è stata ottenuta sottraendo al valore totale della proprietà (animali + terra+asests) in time 1 il valore totale della proprietà in time 0; tale operazione ci ha consentito di quantificare la ricchezza acquisito dopo un anno di partecipazione al programma di microcredito Grameen.

Per valutare la relazione fra livello di autostima acquisito (Delta self esteem) e ricchezza acquisita (Delta Tot Value) è stata eseguita un’analisi di regressione semplice che ha prodotto l’equazione di regressione  $\hat{Y}_{Ricchezza} = 1,483 + 1,630X_{DeltaSelf Esteeme}$  ha mostrato come l’aumento di autostima spieghi il 25 % della variabilità della Ricchezza acquisita e ne sia quindi un predittore significativo e sostanziale [F (1,83) = 28,072, p < ,0001, R Square ,253]

Per valutare la relazione fra livello di depressione acquisito (DeltaGHQ) e ricchezza acquisita (Delta Tot Value) è stata eseguita un’analisi di regressione semplice che ha prodotto l’equazione di regressione  $\hat{Y}_{Ricchezza} = ,966 -7,257 X_{DeltaGHQ}$  ha mostrato come l’aumento della

depressione spieghi il 10 % della variabilità della Ricchezza acquisita e ne sia quindi un predittore significativo [F (1,83) = 9,442, p = ,003, R Square ,102]

Tabella 11- regressione lineare tra punteggi Delta tangibile e Intangibile

	B	SE	Beta	t	Sig
<b>Delta Self esteem</b>					
Costant	1,483	,310		4,776	<,0001
Ricchezza acquisita	1,630	,000	,503	5,298	<,0001
<b>Delta GHQ</b>					
Costant	,966	,238		4,055	<,0001
Ricchezza acquisita	-7,257E-7	,000	-,320	-3,073	,003

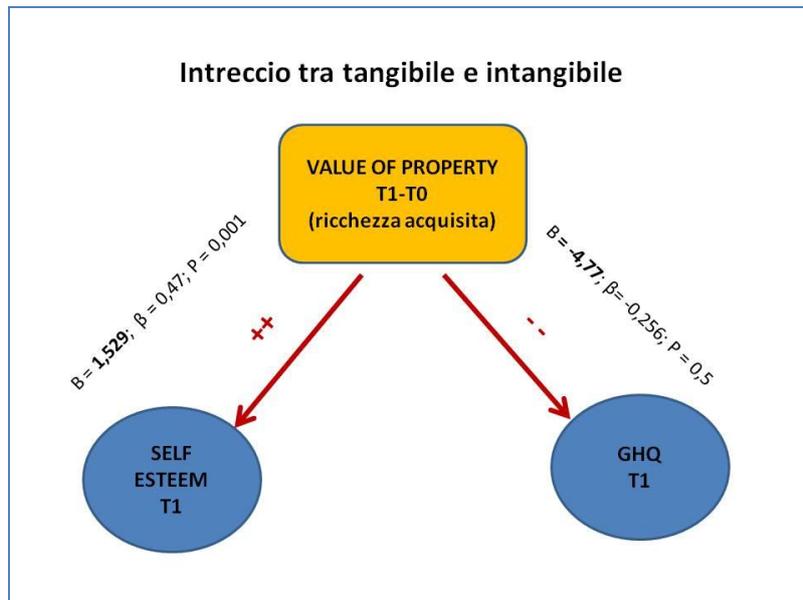
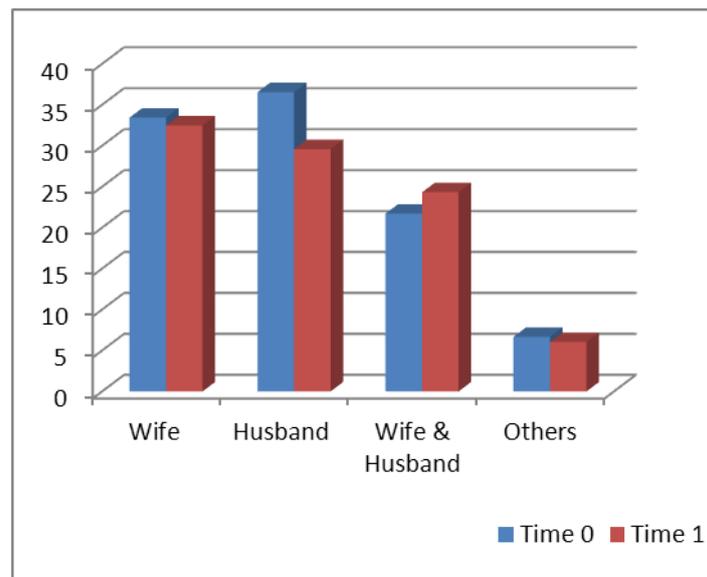


Figura 29 - punteggi delta tangibile e intangibile

**5.4.4. Distribuzione del potere decisionale in famiglia (*Decision Making Process, DMP-25*)**

Per tutte le dimensioni indagate con il questionario sono state escluse vedove (N. 4) e donne con marito migrante in time 0 (N. 5), e donne divorziate in time 1 (N. 2) poiché il potere decisionale è ovviamente sbilanciato da parte della moglie. (tot soggetti 74)



**Figura 30\_Percentuale del potere decisionale in famiglia**

E' stata condotta un'analisi multivariata della varianza fattoriale mista (o analisi doppiamente multivariata) per valutare se i soggetti con diverso esito al programma di microcredito (*Insuccesso*: negative outcome; *Successo*: positive outcome) differissero rispetto alle percentuali di distribuzione del potere decisionale tra i membri della famiglia (Total decisions Wife, Husband, Both Wife and Husband, Others) e se tale differenza potesse essere attribuita all'interazione tra l'accesso al credito (Time) e l'esito di tale accesso (Successo/Insuccesso). A livello multivariato è risultato significativo solo l'effetto Tempo [Time: *Wilks' Lambda* = ,243,  $F(1, 73) = 5,926$ ,  $p \leq ,0001$ ,  $\eta^2$  parziale = ,243]. Non è risultato significativo né l'effetto esito, né l'effetto interazione Tempo x Esito.

Le successive analisi della varianza univariate hanno mostrato che l'effetto principale Tempo (cioè partecipazione al programma di microcredito) è significativo solo sul cambiamento di percentuale del potere decisionale del marito [ $F(1,73) = 6,427$ ,  $p = ,013$ ,  $\eta^2$  parziale = ,081].

Dalle descrittive e dai grafici che mostrano l’interazione, si nota dunque come la percentuale di potere decisionale del marito sia diminuita significativamente indipendentemente dall’esito del programma di microcredito

**Tabella 12- potere decisionale ed tempo xesito**

	Successo/insuccesso	Time 0			Time 1	
		N	Mean (T0) %	ds	Mean (T1) %	ds
<b>Wife</b>	<b>Negative outcome</b>	30	35,43	22,93	34,78	20,54
	<b>Positive outcome</b>	44	33,07	23,29	36,12	20,31
	<b>Total</b>	74	34,03	23,02	35,58	20,27
<b>Husband</b>	<b>Negative outcome</b>	30	35,83	19,17	34,67	20,11
	<b>Positive outcome</b>	44	35,77	20,85	27,04	17,89
	<b>Total</b>	74	35,79	20,05	30,13	19,06
<b>Wife&amp;Husband</b>	<b>Negative outcome</b>	30	21,36	14,24	22,01	13,81
	<b>Positive outcome</b>	44	22,08	16,83	26,39	14,75
	<b>Total</b>	74	21,79	15,73	24,62	14,44
<b>Others</b>	<b>Negative outcome</b>	30	5,45	8,77	5,40	7,01
	<b>Positive outcome</b>	44	7,38	8,55	6,86	7,85
	<b>Total</b>	74	6,60	8,63	6,27	7,51

E’ stata eseguita un’analisi della varianza (Anova one way) per verificare se vi fossero delle differenze nelle percentuali medie di potere decisionale a livello familiare tra le donne con positive e negative outcome; l’analisi non ha rilevato alcuna differenza significativa tra i due gruppi di donne relativamente al potere decisionale in famiglia, tuttavia dalle medie descrittive si deduce che le donne con negative outcome, al momento dell’ingresso al programma, di credito avevano un potere decisionale maggiore, rispetto alle donne con positive outcome.

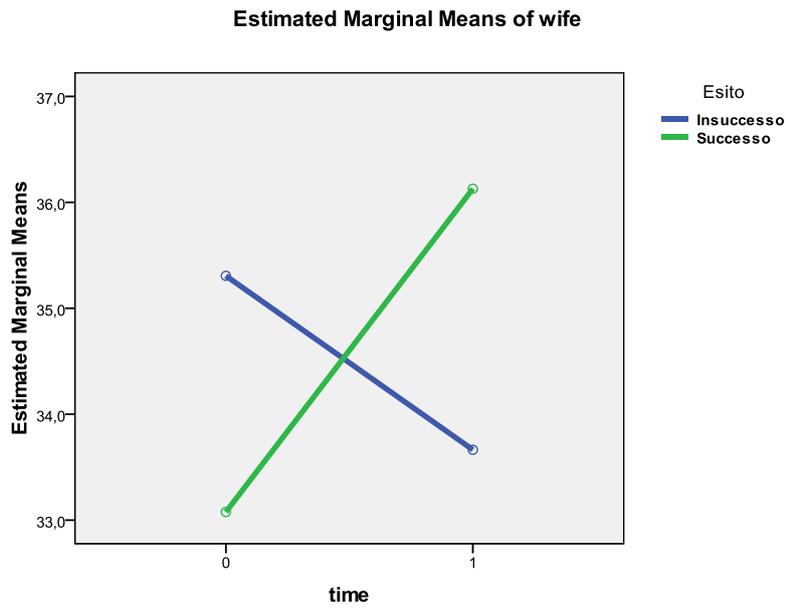


Figura 31 - potere decisionale moglie interazione esitoxtempo



Figura 32 -potere decisionale marito interazione esitoxtempo

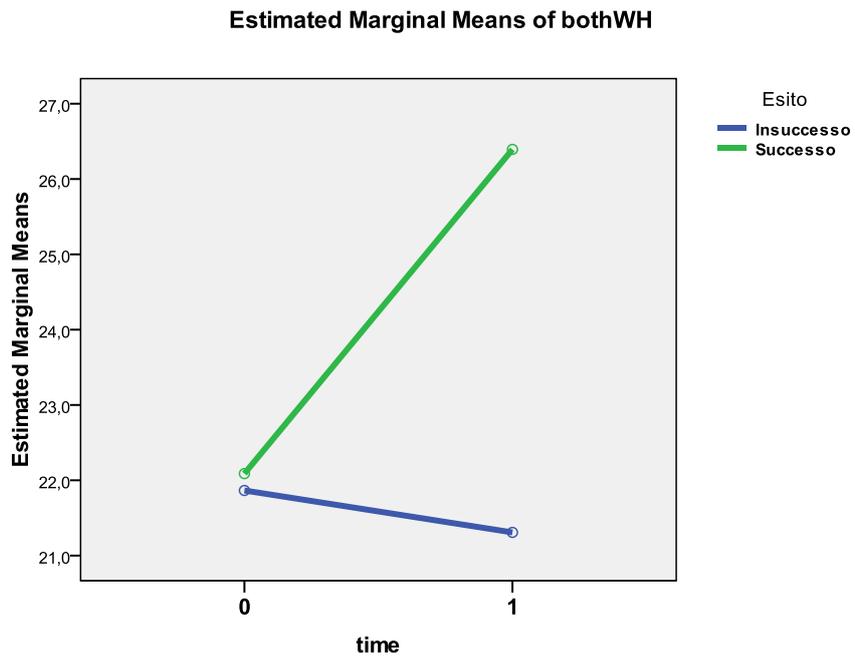


Figura 33 -potere decisionale di entrambi i coniugi interazione esitoxtempo

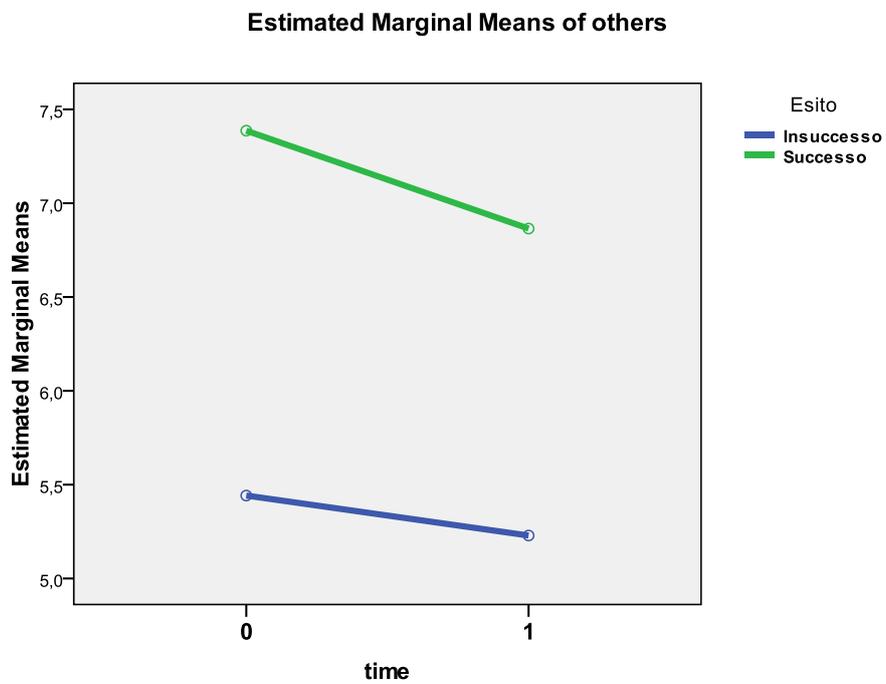


Figura 34 - Potere decisionale di altri interazione esitoxtempo

## 5.5. Relazioni Familiari

### 5.5.1. Numerosità delle relazioni familiari e sociali (Carta di Rete, Sannicola)

E’ stata eseguita un’analisi della varianza fattoriale mista (GLM) 2 x 2 (Esito del programma di microcredito: Successo, Insuccesso; fattore between] x tempo [Time 0, Time 1, fattore within]. E’ risultato significativo l’effetto Tempo (Time:  $F(1, 83) = 26,977, p \leq ,0001, \eta^2$  parziale = **,245**], ma non l’effetto Esito [ *Esito*:  $F(1, 83) = ,637, p >,05, \eta^2$  parziale = **,008**] e non l’effetto interazione Esito x Tempo [ *Esito x Tempo*:  $F(1, 83) = ,378, p >,05, \eta^2$  parziale = **,005**).

Aumenta il numero delle relazioni familiari importanti segnalate dai soggetti indipendentemente dall’esito dell’investimento del credito.

Allo stesso modo, relativamente alla numerosità delle relazioni sociali si osserva un effetto tempo, (Time:  $F(1, 83) = 4,782, p = ,032, \eta^2$  parziale = ,054], ma non l’effetto Esito [ *Esito*:  $F(1, 83) = ,413, p >,05, \eta^2$  parziale = ,005] e non l’effetto interazione Esito x Tempo [ *Esito x Tempo*:  $F(1, 83) = ,288, p >,05, \eta^2$  parziale = ,003]. Aumenta il numero delle relazioni sociali segnalate dai soggetti indipendentemente dall’esito dell’investimento del credito.

**Tabella 13- Numero relazioni familiari e sociali tempoxesito**

	Successo/insuccesso	Time 0			Time 1	
		N	Mean (T0)	ds	Mean (T1)	ds
<b>Total family relations</b>	<b>Negative outcome</b>	33	6,21	1,59	7,03	1,66
	<b>Positive outcome</b>	52	6,27	1,71	7,38	1,82
	<b>Total</b>	85	6,25	1,66	7,25	1,76
<b>Total Social relations</b>	<b>Negative outcome</b>	33	3,33	1,40	3,64	1,71
	<b>Positive outcome</b>	52	3,08	1,16	3,58	1,31
	<b>Total</b>	85	3,18	1,26	3,60	1,47

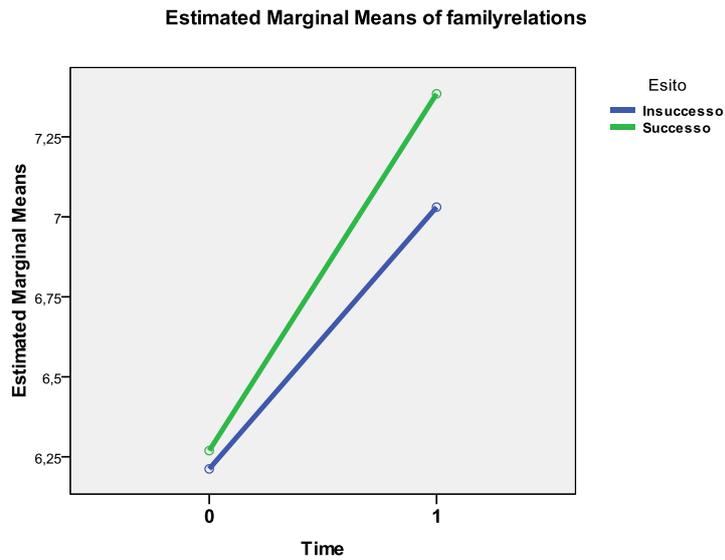


Figura 35 - numero relazioni famigliari esitoxtempo

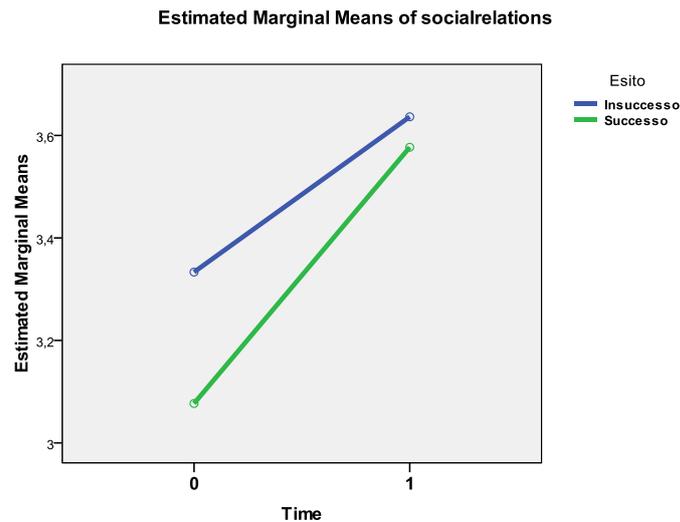


Figura 36 - numero relazioni sociali esitoxtempo

### *Qualità della relazione con il marito e con la famiglia del marito*

Per verificare se la qualità della relazione con il marito e con la famiglia del marito si fosse modificata in seguito al periodo di partecipazione al programma di microcredito (Inizio: Mediana = 5, Q1 = 3, Q3 = 8; Dopo sei mesi: Mediana = 6, Q1 = 3,25, Q3 = 8,75) è stato eseguito un test di Wilcoxon, che ha rivelato che un cambiamento significativo nella qualità

della relazione con il marito ( $z = -3,411, p = ,001$ ). Non si osservano differenze relativamente al cambiamento della qualità della relazione con la famiglia del marito. ( $z = -1,617, p = <,05$ )

**Tabella 14-qualità della relazione con il marito e con la famiglia del marito**

Husband Relation	Time 0		Time 1	
	N	%	N	%
<b>Strong relation</b>	75	92,6%	61	75,3%
<b>Average relation</b>	4	<b>4,9%</b>	9	<b>11,1%</b>
<b>Weak/broken relation</b>	2	<b>2,5%</b>	11	<b>13,6%</b>
<b>Totale</b>	81	100,0%	81	100,0%
Husband Family Relation	N	%	N	%
<b>Strong relation</b>	63	77,8%	57	70,4%
<b>Average relation</b>	8	9,9%	11	13,6%
<b>Weak/broken relation</b>	6	7,4%	9	11,1%
<b>No relation</b>	4	4,9%	4	4,9%
<b>Totale</b>	81	100,0%	81	100,0%

### ***Distanza affettiva tra borrower e membri della famiglia***

Per interpretare tutti i risultati forniti dalla Carta di rete, oltre a misurare la quantità e l’intensità delle relazioni famigliari, è stata rilevata anche l’intensità. E’ stata considerata la distanza, intesa a livello relazionale, della beneficiaria dai rispettivi familiari e l’intensità della relazione. Tali variabili sono state combinate in modo tale da ottenerne una unica rappresentativa di entrambe e pari alla somma del valore che quantifica la distanza e di quello che quantifica l’intensità ( $DI = Distanza + Intensità$ ). L’intensità può assumere valori compresi tra 1 (rappresentante un legame forte) e 5 (che invece indica un legame altamente conflittuale).

Per ovviare al problema dei dati mancanti (ad esempio, nel caso di presenza di molte vedove nella valutazione della DI tra le beneficiarie e i rispettivi mariti), è stata inserita al posto di tali dati mancanti la media delle DI attribuite dalle altre beneficiarie ai familiari sia nel time 0 che nel time 1. In questo modo l’errore indotto dalla presenza dei dati mancanti è stato

minimizzato nel calcolo della media complessiva. Nella **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** e nella è rappresentato il confronto tra le distanze medie DI al tempo 0 e al tempo 1.

Nella **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** si può notare che la media delle DI valutate al tempo 1, cioè dopo un anno di partecipazione al programma di microcredito, è generalmente minore a quella valutata al tempo 0. Unica eccezione è il caso del DI relativo alla relazione delle beneficiarie con il rispettivo marito. Si può infatti notare un leggero aumento delle DI, in controtendenza ai DI relativi agli altri familiari.

Per poter redigere la mappa relazionale è stato utilizzato il modello a distanza euclidea Alscal. Sono stati effettuati in totale 3 test. Nel primo infatti si è notato come la presenza di un elevato numero di dati mancanti relativo alla DI con il padre, alterasse significativamente le DI relative agli altri familiari. Nel secondo test si è quindi non tenuto conto della DI del padre. In entrambi i test sono state calcolate due mappe separate relative al tempo 0 e al tempo 1. Nel terzo test infine sono state messe a confronto nella stessa mappa i dati relativi alle DI valutate al tempo 0 e al tempo 1.

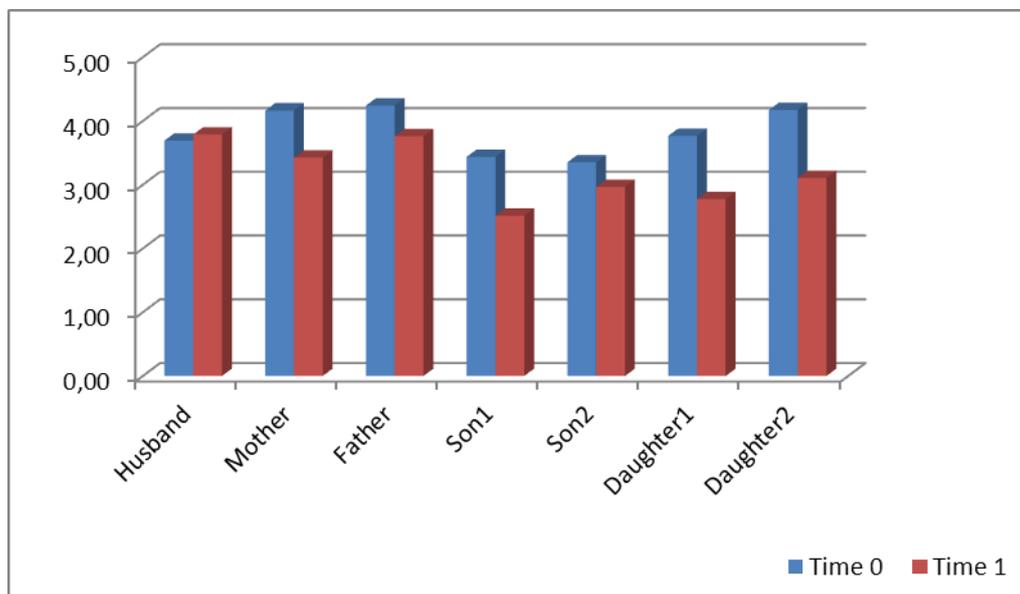


Figura 37 \_distanza e intensità delle relazioni con i membri della famiglia

Si rilevano cambiamenti relativi all’intensità e alla distanza relazionale (distanza affettiva) tra mogli e mariti/famiglia del marito; diminuisce significativamente la distanza affettiva tra borrower e madre del marito (Time 0: M = 5,96, DS = 4,31; Time 1: M = 5,19, DS = 3,70)  $t(s) (69) = 2,20, p < ,05$ ;

**Tabella 15- distanze affettive e relazionali con i membri della famiglia**

	M (T0)	ds	M (T1)	ds	t(s)	p
<b>Husband</b>	3,69	3,10	3,81	4,43	-,243	,809
<b>Mother in low</b>	5,96	4,31	5,19	3,70	2,20	<b>,030</b>

Si rilevano cambiamenti significativi nelle distanze affettive tra borrowers e i membri della loro famiglia; tutte le distanze affettive si riducono a favore di legami segnalati come più solidi.

	M (T0)	ds	M (T1)	ds	t(s)	p
<b>Mother</b>	4,16	2,14	3,42	2,27	3,20	<b>,002</b>
<b>Father</b>	4,24	1,34	3,76	1,53	2,43	<b>,017</b>
<b>Son1</b>	3,43	2,08	2,51	1,37	4,38	<b>,000</b>
<b>Son2</b>	3,35	1,18	2,96	1,30	3,17	<b>,002</b>
<b>Daughter1</b>	3,76	2,98	2,77	2,02	3,77	<b>,000</b>
<b>Daughter2</b>	4,17	1,37	3,10	1,18	8,64	<b>,000</b>

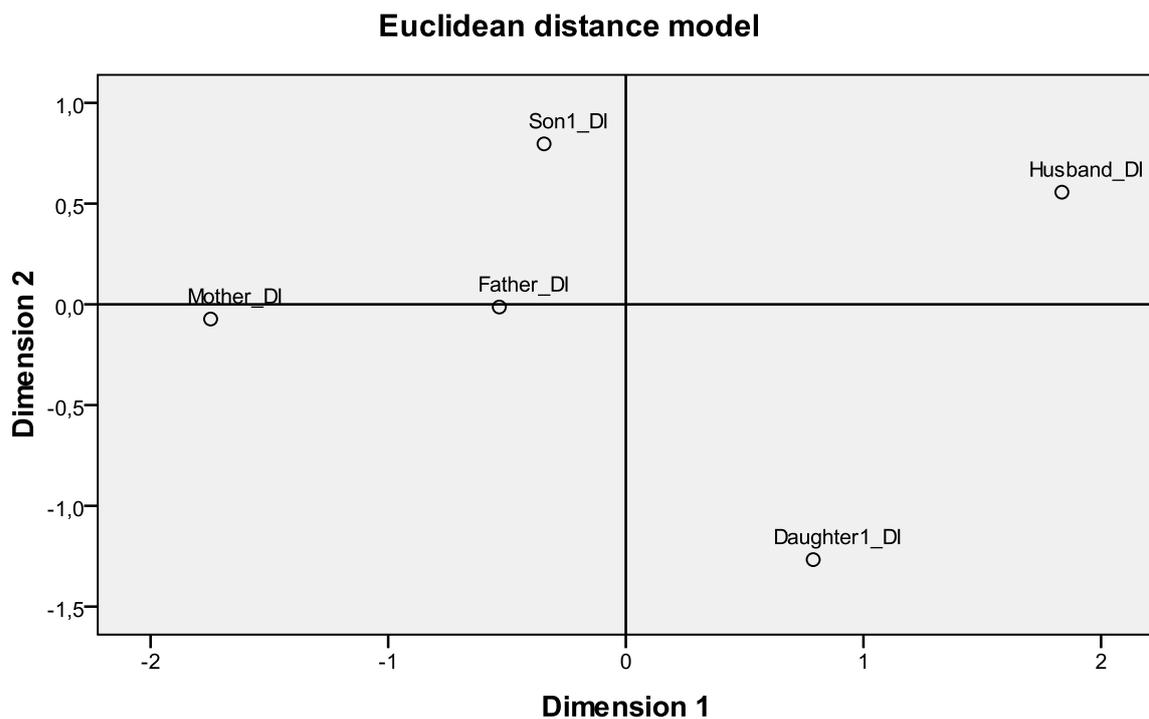
Il metodo di analisi dei dati utilizzato per interpretare la Carte di Rete è lo Scaling Multidimensionale (MDS) ed in particolare il modello a distanza euclidea (ALSCAL) che consente un’efficace rappresentazione nel caso di poche variabili. Lo Scaling multidimensionale (*MultiDimensional Scaling* MDS) è una tecnica di analisi statistica dei dati che permette di ottenere una rappresentazione di  $n$  oggetti in uno spazio a  $k$  dimensioni, partendo da informazioni relative alla “similarità” (o dissimilarità) tra ciascuna coppia degli  $n$  oggetti. In genere è una tecnica usata per visualizzare le (dis)similarità (distanze) tra oggetti in uno spazio di piccole dimensioni (spesso 2D o 3D).

Il MDS comprende una serie di metodi che permettono di capire la struttura dei rapporti fra le entità, fornendo una rappresentazione geometrica di questi rapporti. Come tali, questi metodi appartengono alla categoria più generale dei metodi d’analisi di dati a più variabili. Esistono due sottogruppi principali di metodi che utilizzano il multidimensional scaling, il tipo metrico e quello non-metrico. Nel primo gruppo sono incluse le metodologie MDS che partono da dati rappresentati in una scala graduata di riferimento (dati quantitativi), mentre in quello non metrico i dati iniziali sono espressi tramite punteggi (*rank*) e sono dei giudizi qualitativi. Entrambe le tecniche pongono la loro attenzione sulle relazioni ed hanno entrambe come scopo di trovare, allo stesso tempo, le dimensioni e le configurazioni (pattern) dei punti rappresentabili in quelle dimensioni, in modo tale che le distanze intermedie rispetto ai punti calcolati risultino significative. Entrambe le tecniche sono in grado di fornire soluzioni accurate ed applicate agli stessi casi riescono a fornire risultati comparabili per efficacia di rappresentazione. I campi di utilizzo dello scaling multidimensionale, nato nell'ambito delle scienze comportamentali, sono numerosi: in sociologia si usa questa tecnica per determinare la struttura dei gruppi, basandosi sulle percezioni degli individui; in antropologia si comparano diversi gruppi culturali, sulla base della loro cultura, degli usi e delle tradizioni; in geografia è usato per creare delle mappe mentali o di anamorfose. La possibilità di rappresentare visivamente l’attitudine del consumatore verso diversi prodotti, ha favorito inoltre il suo impiego nelle ricerche di marketing. Le limitazioni del metodo MDS sono legate al fatto che in alcuni casi particolari i dati d’ingresso possono produrre risultati poco significativi dal punto di vista statistico tanto da non potere essere validabili. Le metodologie metriche sono più robuste di quelle non metriche e producono delle mappe molto dettagliate ove applicate. Le metodologie non-metriche soffrono della soggettività delle indicazioni e dell’ alta variabilità temporale delle stesse, tanto che dati sugli stessi oggetti misurati da differenti osservatori forniscono risultati a volte contrastanti. Di seguito si riportano le mappe delle distanze famigliari realizzate nei diversi confronti e la relativa analisi dei risultati.

*Mappa familiare prima dell’accesso al credito (Network Chart1)*

La prima mappa rappresenta le distanze affettive medie tra le beneficiarie del programma di microcredito e i familiari. Le mappe sono state realizzate considerando includendo ed escludendo i diversi membri della famiglia. Nella Figura 38 sono stati inclusi: Marito, Madre, Padre, primo figlio maschio, prima figlia femmina (Test1- Time 0). Dalla mappa euclidea si evince che al tempo 0 le beneficiarie indicano più vicini affettivamente il padre e il primo figlio maschio, in posizione mediana la madre e più distanti il marito e la figlia femmina.

**Derived Stimulus Configuration**



**Figura 38- Mappa delle relazioni familiari in Time 0 (N1)**

Nella seconda mappa sono stati inclusi anche il secondo figlio maschio e la seconda figlia femmina, oltre al Marito, la Madre, il primo figlio maschio e la prima figlia femmina (test 2- Time 0). Dalla 39 si può notare che vi è una maggiore vicinanza alla beneficiaria dei due figli maschi e una maggiore distanza della figlia femmina. Ciò rispecchia la situazione culturale

del Bangladesh, dove il figlio maschio è considerato un investimento per il futuro mentre la figlia femmina è sinonimo di debito per la famiglia che dovrà procurarle una dote. Dalla mappa si deduce inoltre che il primo figlio maschio è più distante dalla madre rispetto al secondo figlio maschio. Questo può essere dovuto al fatto che il figlio maggiore, a differenza del secondo figlio che ha bisogno di più cure materne, è più indipendente è dunque più distante dalla madre. Per quanto riguarda il marito, infine, notiamo che quest’ultimo non si distacca in maniera netta dalla moglie, probabilmente perché nel tempo 0 (subito prima della partecipazione ai programmi di microcredito) la moglie è ancora dipendente dal marito.

### Derived Stimulus Configuration

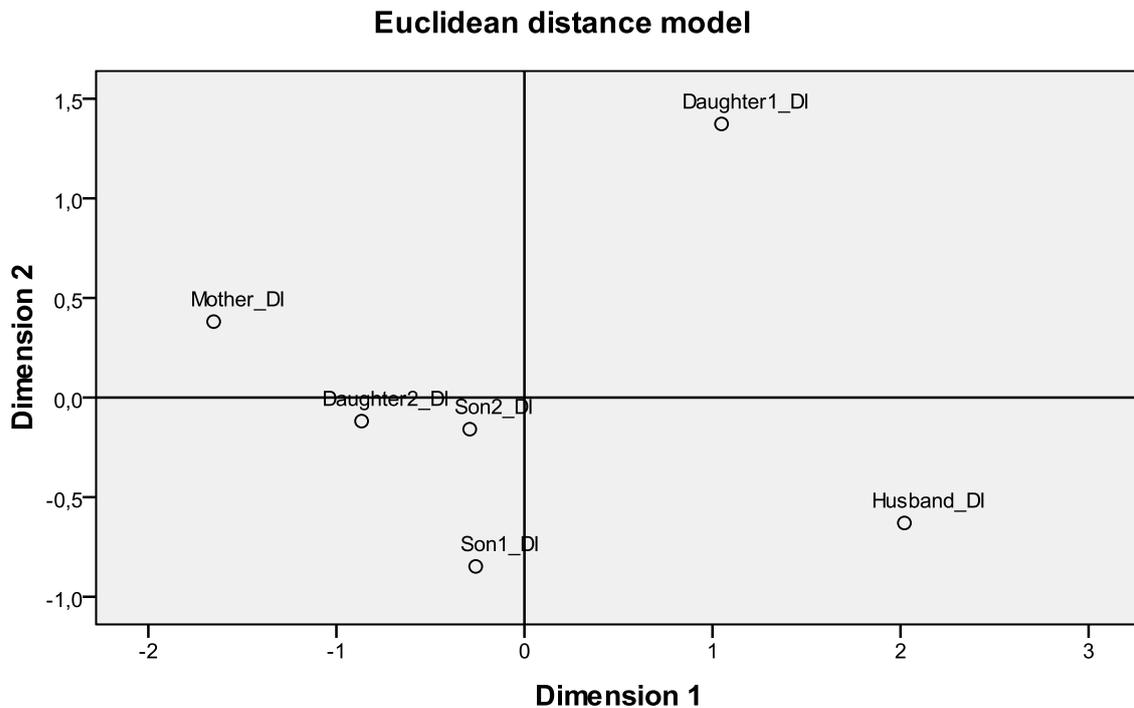
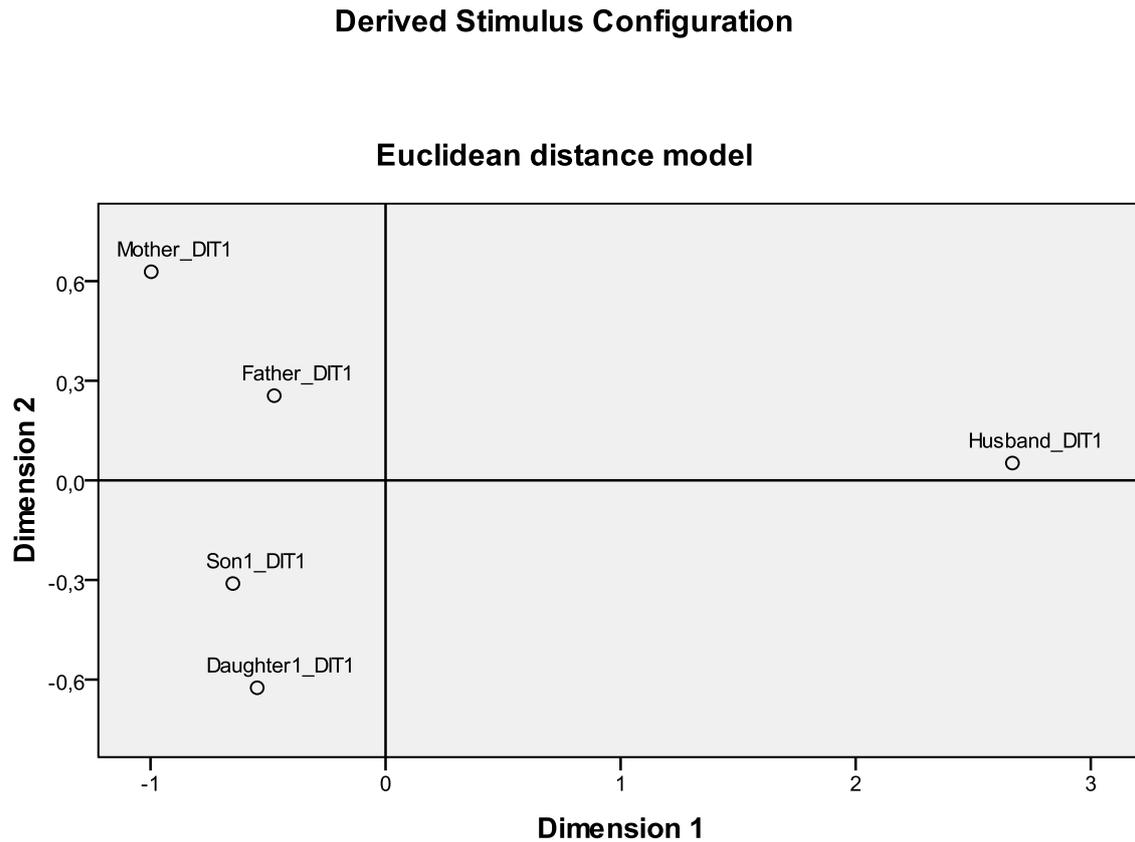


Figura 39-mappa delle relazioni familiari in Time 0 (N2)

#### Network Chart 2

Nelle due mappe successive è presentata la stessa analisi del time 0 ripetuta nel time 1. Si nota un aumento della distanza affettiva media tra beneficiaria e marito. La distanza dal marito, infatti, è talmente grande da non poter essere paragonata alla distanza della

beneficiaria dagli altri familiari. Ciò avvala le teorie secondo le quali la partecipazione al microcredito può comportare l’aumento dei conflitti in famiglia e l’aumento della depressione. Nella Figura 40 sono stati inclusi: Marito, Madre, Padre, primo figlio maschio, prima figlia femmina



**Figura 40-Mappa delle relazioni famigliari in Time 1 (N3)**

Ad un anno dall’inizio della partecipazione ai programmi di microcredito, si nota che la distanza dei mariti dalle beneficiarie è talmente grande rispetto agli altri familiari che nessuno di questi ultimi è presente nel quadrante delle ascisse positive. Questo potrebbe confermare la tesi secondo cui l’acquisizione di una maggiore autonomia in termini economici e sociali incoraggerebbe le donne ad acquisire potere all’interno del processo decisionale sfidando l’autorità maschile e fornendo motivi per acuire il conflitto coniugale e familiare.

Nella Figura 41 sono stati inclusi: Marito, Madre, primo e secondo figlio maschio, prima e seconda figlia femmina .

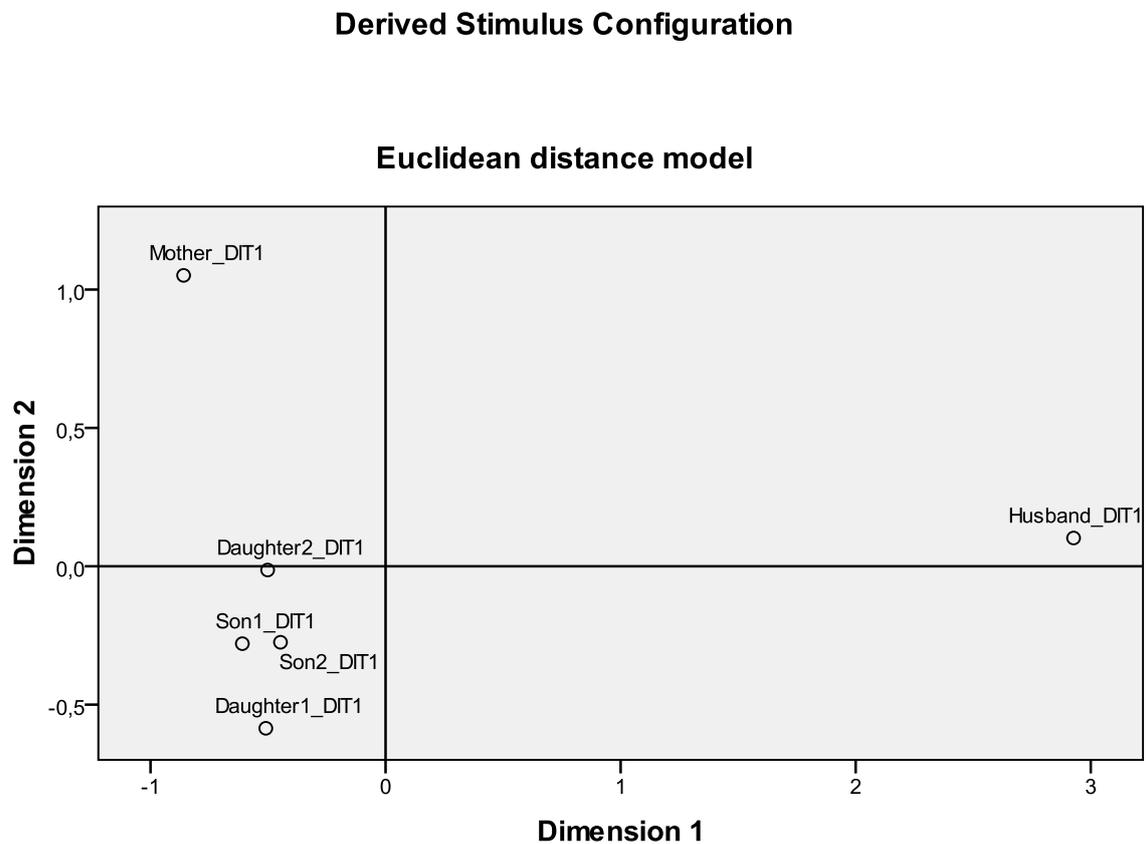


Figura 41-Mappa delle relazioni familiari in Time 1 (N4)

### Network Chart 3

Nelle mappe successive vengono presentati i confronti tra le distanze affettive medie in time 0 e in time 1 contemporaneamente.

In questo caso la mappa evidenzia una variazione praticamente impercettibile della DI relativa al figlio maschio, che sia al tempo 0 che al tempo 1 dimostra una grande vicinanza con la madre.

Al contrario, la distanza della beneficiaria dalla figlia femmina, inizialmente molto elevata, esibisce ad un anno dall’inizio del programma di microcredito una notevole diminuzione, risultando al tempo 1 praticamente paragonabile a quella del figlio maschio. Per quanto

riguarda infine il marito si nota che, anche in questo caso, nel corso di un anno all’interno dei programmi di microcredito la distanza affettiva dalla borrower aumenta.

Nella Figura n. sono stati inclusi: Marito, Madre, Padre, primo figlio maschio, prima figlia femmina

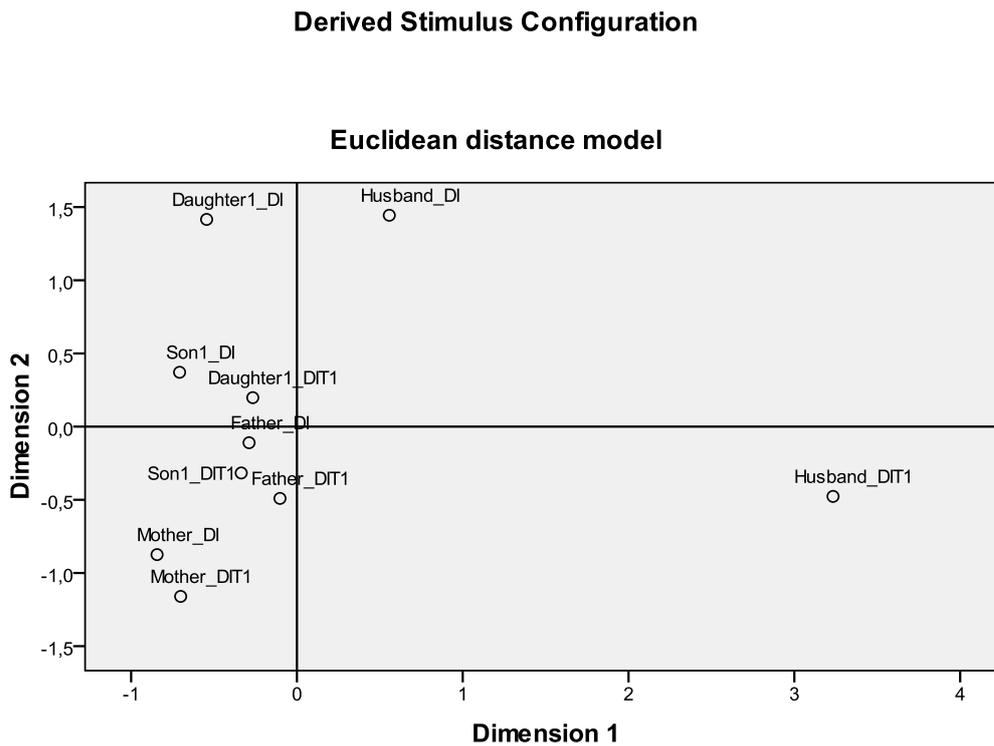


Figura 42 - -Mappa delle relazioni familiari in Time 1 (N5)

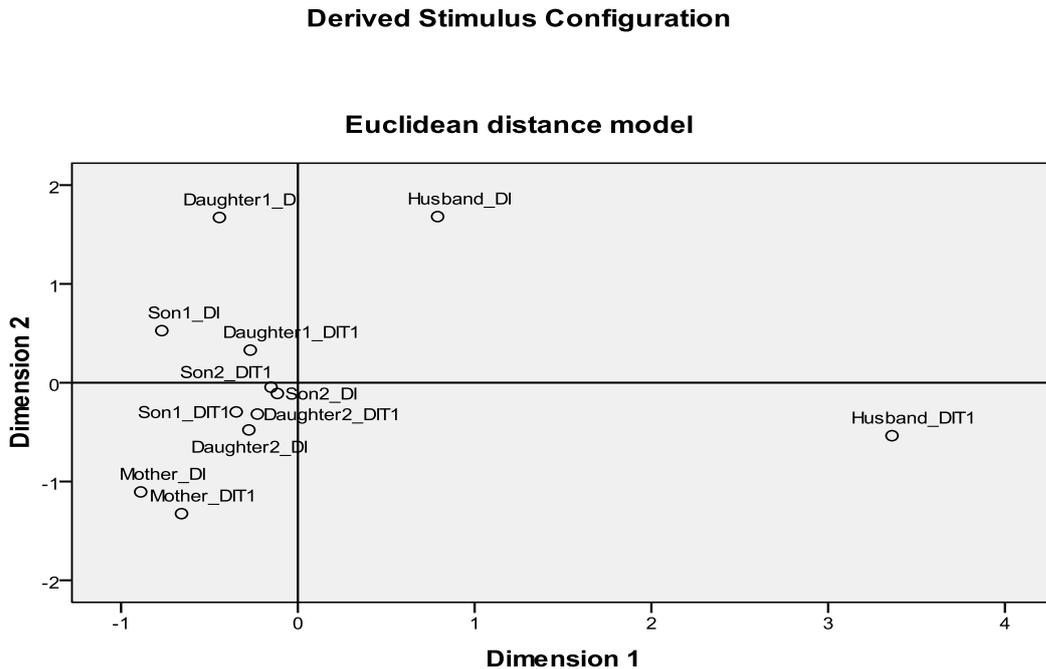


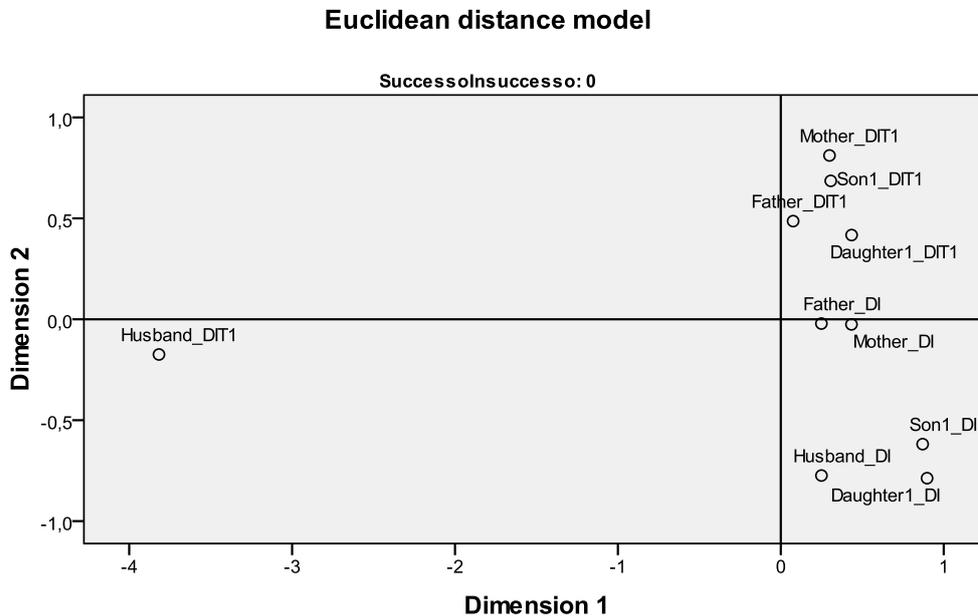
Figura 43 - -Mappa delle relazioni famigliari in Time 1 (N6)

*Network Chart 4*

Le mappe successive si riferiscono alle mappe famigliari delle donne con negative outcome e positive outcome. La prima che rappresenta la differenza delle distanze affettive tra il time0 e il time1 nelle donne che non hanno avuto successo e la seconda che rappresenta la differenze delle distanze affettive nelle donne che hanno avuto successo.

Dalla mappa si evince che nel caso in cui le beneficiarie del microcredito non si siano arricchite la distanza di esse dai mariti è netta. Questo può essere dovuto al fatto che la maggior parte delle donne sposate esercita un controllo limitato, a volte inesistente sui prestiti. Ciò ha un’influenza negativa sul processo di restituzione, poiché quando la responsabilità del rimborso passa sotto il controllo degli uomini ed essi dimostrano una scarsa capacità di farvi fronte, accendono conflitti nel nucleo familiare che vanificano tutti gli obiettivi di sviluppo sottostanti alla pratica del credito. Ciò potrebbe essere il motivo dell’insuccesso delle beneficiarie e dell’aumento del conflitto con il marito. .Nella Figura 44 sono stati inclusi: Marito, Madre, Padre, primo figlio maschio, prima figlia femmina

**Derived Stimulus Configuration**



**Figura 44: confronto time0 e time1 di beneficiarie che non hanno avuto successo (N7)**

Se invece si analizza la seconda mappa, quella che rappresenta le donne che si sono arricchite si nota che la situazione è diversa.

La figura 45 riporta una distribuzione più omogenea dei soggetti. In particolare si nota che il marito è sempre distante ma la distanza non è così marcata rispetto alla distanza degli altri familiari dalla beneficiaria. Inoltre nel time1 la distanza del marito è minore. Questo potrebbe essere prima di tutto una conseguenza del miglioramento delle condizioni economiche della famiglia come risultato della partecipazione di un membro ai programmi di microcredito. Secondariamente, la minaccia di perdere l’opportunità di ricevere prestiti a causa della violenza potrebbe anche aver indotto i mariti a diventare meno violenti. Infine, l’arricchimento della rete sociale di supporto e un’acquisizione di maggior centralità sociale guadagnate grazie alla partecipazione ai gruppi potrebbero aver agito come riduttori della violenza coniugale.

**Derived Stimulus Configuration**

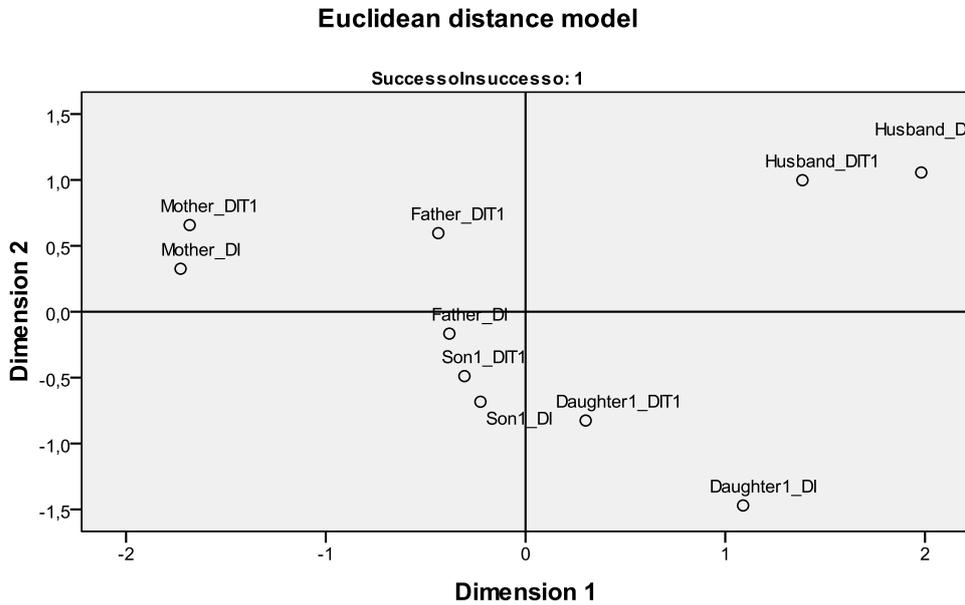


Figura 45: confronto time0 time1 di beneficiarie che hanno avuto successo (N8)

**5.6. Dimensione Tangibile**

**5.6.1. Denaro investito nell’acquisto di indumenti (*Clothes Indicator*)**

Per rilevare i cambiamenti relativamente al denaro investito per l’acquisto di indumenti è stata eseguita un’analisi della varianza fattoriale mista (GLM) 2 x 2 Esito del programma di microcredito (Successo, Insuccesso; fattore between] x Tempo (Time 0, Time 1, fattore within). E’ risultato significativo solo l’effetto Tempo [Time:  $F(1, 83) = 11,492, p = ,001, \eta^2$  parziale = ,122]. Le famiglie hanno investito nell’acquisto di indumenti indipendentemente dall’esito del credito [Esito (S/I) :  $F(1, 83) = ,365, p >,05, \eta^2$  parziale = ,004],e dall’interazione tempoesito [ $F(1, 83) = ,791, p >,05, \eta^2$  parziale = ,009].

Tabella 16 – Denaro speso per indumenti esitoxtempo

	Successo/insuccesso	Time 0			Time 1	
		N	Mean (T0)*	ds	Mean (T1)*	ds
<b>Total</b>	<b>Negative outcome</b>	33	4.293,94	3.237,37	5.866,67	4.511,00
<b>Clothes</b>	<b>Positive outcome</b>	52	3.261,54	3.133,57	5.953,08	6.095,93
	<b>Total</b>	85	3.662,35	3.195,38	5.919,53	5.505,95
<b>H&amp;W</b>	<b>Negative outcome</b>	33	1.993,94	1.782,54	1.927,27	1.637,31
<b>Clothes</b>	<b>Positive outcome</b>	52	1.530,77	1.641,79	2.276,15	2.311,72
	<b>Total</b>	85	1.710,59	1.702,52	2.140,71	2.072,46
<b>Children</b>	<b>Negative outcome</b>	33	2.300,00	2.201,84	3.939,39	3.539,41
<b>Clothes</b>	<b>Positive outcome</b>	52	1.730,77	2.172,24	3.676,92	4.920,76
	<b>Total</b>	85	1.951,76	2.188,53	3.778,82	4.414,77

(\*) il valore è espresso in Taka bengalese

Per verificare se vi fossero delle differenze tra la media del totale di denaro investito per i coniugi e per i figli è stata condotta un'analisi multivariata della varianza fattoriale mista (o analisi doppiamente multivariata). A livello multivariato è risultato statisticamente significativo l'effetto Tempo [Time: *Wilks' Lambda* = ,839,  $F(1, 83) = 7,863$ ,  $p = ,001$ ,  $\eta^2$  parziale = ,161], ma non l'effetto esito e l'effetto interazione

Le successive analisi della varianza univariate hanno mostrato che l'effetto principale Tempo (cioè partecipazione al programma di microcredito) è significativo solo il denaro speso in media per gli indumenti dei figli [ $F(1,83) = 15,344$ ,  $p \leq ,0001$ ,  $\eta^2$  parziale = ,156].

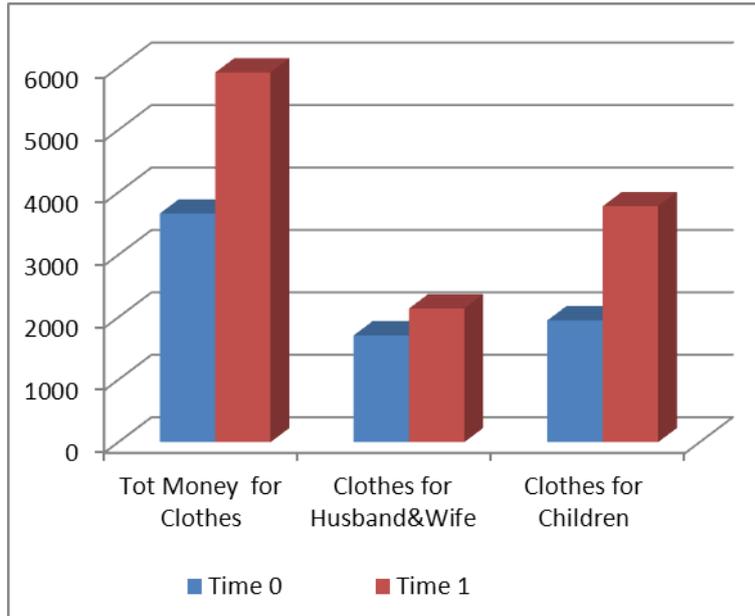


Figura 46\_Denaro speso per gli indumenti nell'ultimo anno

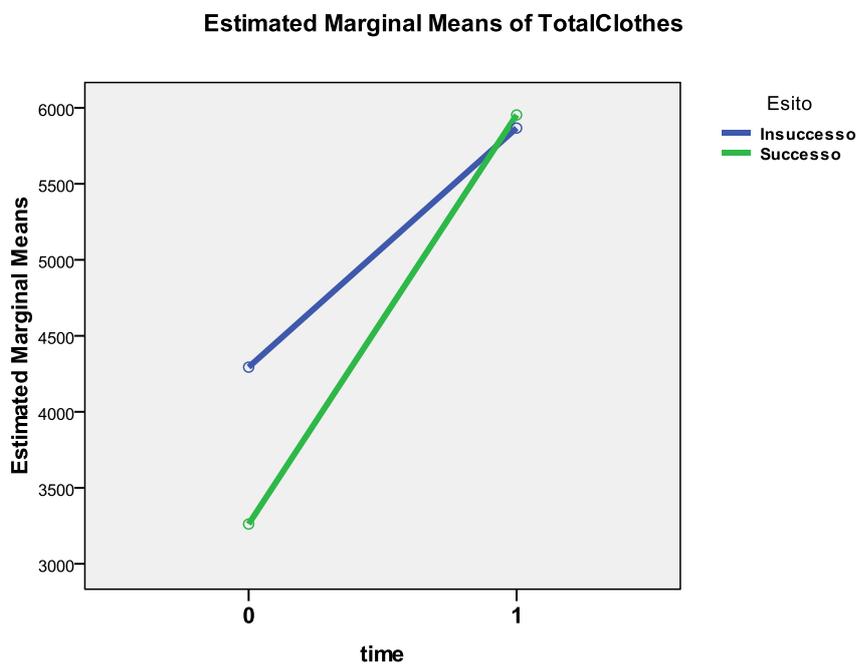
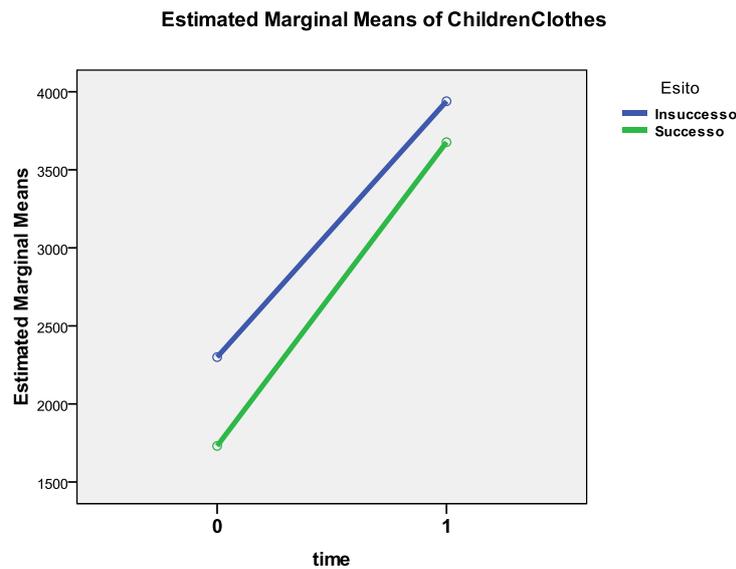
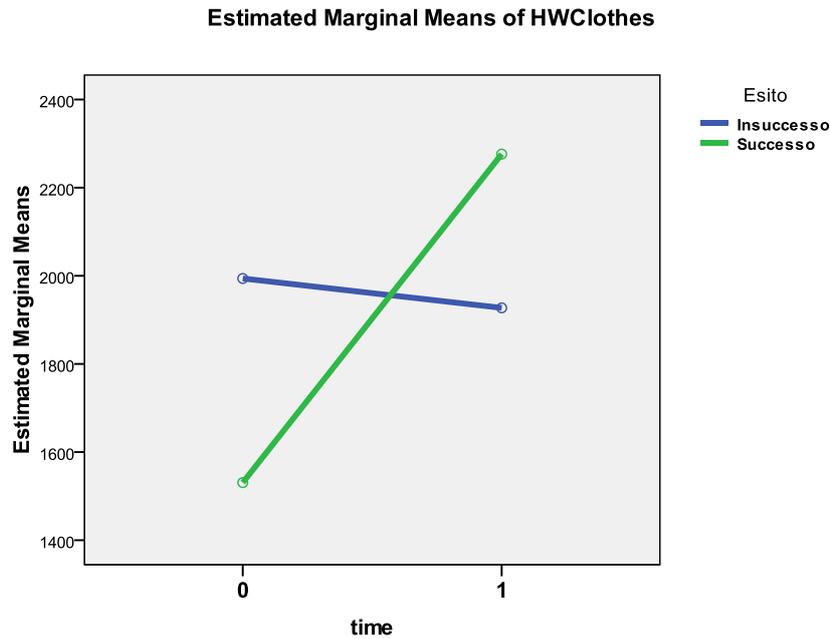


Figura 47 - denaro per indumenti esitoxtempo



L’analisi (Avova One Way) non ha rilevato una differenza significativa tra i due gruppi di donne relativamente al denaro speso per gli indumenti durante l’anno precedente all’ingresso nel programma Grameen [ $F(1, 83) = 2,13, p = ,148$ ]. Osservando le analisi descrittive si può notare come l’investimento nell’acquisto di indumenti fosse maggiore tra le donne che hanno avuto un negative outcome [M (T0)  $\pm$  4293,94; DS 3237,37; range: 0- 12.000] e minore tra le donne che hanno avuto un positive outcome [M (T0)  $\pm$  3261,54; DS 3133,57; range: 0- 12.000]. Tale differenza nelle medie descrittive si ripropone analogamente se si analizza la suddivisione della cifra totale spesa per i vestiti tra genitori e figli; le donne che hanno avuto

un negative outcome hanno investito nel *Time 0*, mediamente più denaro sia per sé e per il marito [M (T0) ± 1993,94; DS 1782,54; range: 0- 9.000] sia per i figli [M (T0) ± 2300,00; DS 2201,846; range: 0- 9.000] rispetto alle donne con positive outcome che hanno investito meno denaro per sé [M (T0) ± 1530,77; DS 1641,79; range: 0- 7.000] e per i figli [M (T0) ± 1730,77; DS 2172,24; range: 0- 10.000].

### 5.6.2. Valore totale della proprietà (*Family Wealth*)

Per rilevare i cambiamenti relativamente al valore totale delle proprietà dei soggetti è stata eseguita un’analisi della varianza fattoriale mista (GLM) 2 x 2 Esito del programma di microcredito (Successo, Insuccesso; fattore between] x Tempo (Time 0, Time 1, fattore within) che ha rilevato un effetto significativo del effetto interazione esitoxtempo [ $F(1, 83) = 39,876, p \leq ,0001, \eta^2$  parziale = ,325]. Non si rileva né un effetto del fattore tempo [Time:  $F(1, 83) = ,208, p >,05, \eta^2$  parziale = ,002] né un fattore Esito [Esito (S/I) :  $F(1, 83) = 1,059, p >,05, \eta^2$  parziale = ,013].

Tabella 17- valore delle proprietà esitoxtempo

	Successo/insuccesso	Time 0			Time 1	
		N	Mean (T0)*	ds	Mean (T1)*	ds
<b>Tot. Val. Property</b>	<b>Negative outcome</b>	33	873.777,27	689.322,78	316.638,18	501.548,52
	<b>Positive outcome</b>	52	443.932,69	635.720,54	1.087.745,38	1.241.508,82
	<b>Total</b>	85	610.813,53	686.143,35	788.374,35	1.083.766,76
<b>Value Land</b>	<b>Negative outcome</b>	33	852.727,27	681.493,18	297.272,73	490.052,75
	<b>Positive outcome</b>	52	429.038,46	629.445,00	1.052.307,69	1.230.857,52
	<b>Total</b>	85	593.529,41	678.690,45	759.176,47	1.071.598,95
<b>Value Animals</b>	<b>Negative outcome</b>	33	21.048,48	22.388,17	12.456,36	22.748,18
	<b>Positive outcome</b>	52	14.279,81	22.005,13	14.160,77	20.057,12
	<b>Total</b>	85	16.907,65	22.269,94	13.499,06	21.025,69
<b>Value of Assets</b>	<b>Negative outcome</b>	33	,00	,00	6.909,09	7.833,67
	<b>Positive outcome</b>	52	615,38	2.620,83	21.276,92	46.757,63
	<b>Total</b>	85	376,47	2.064,30	15.698,82	37.421,56

(\*) il valore si riferisce al taka bengalese

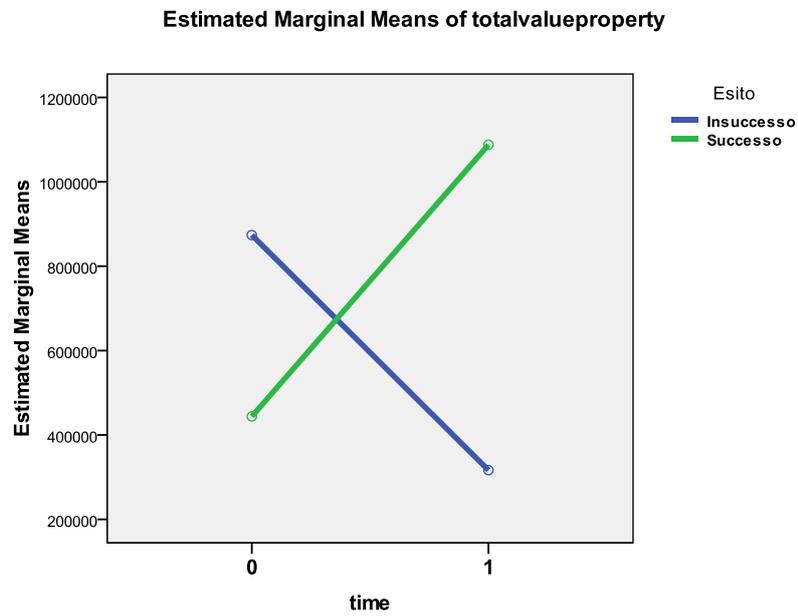


Figura 48 - valore totale delle proprietà esitoxtempo

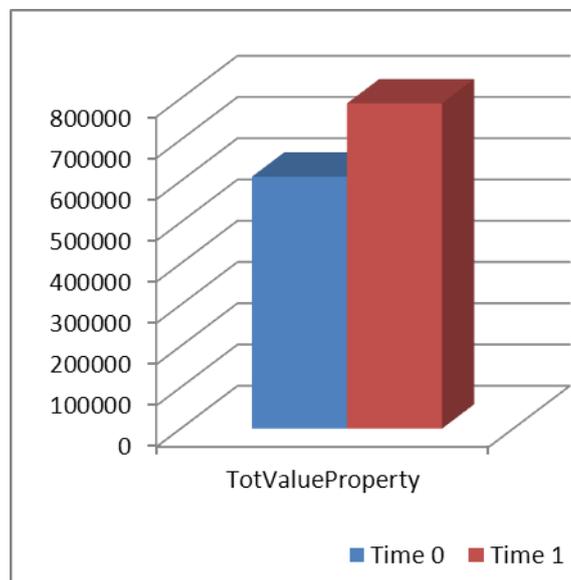


Figura 49\_Medie valore totale delle proprietà

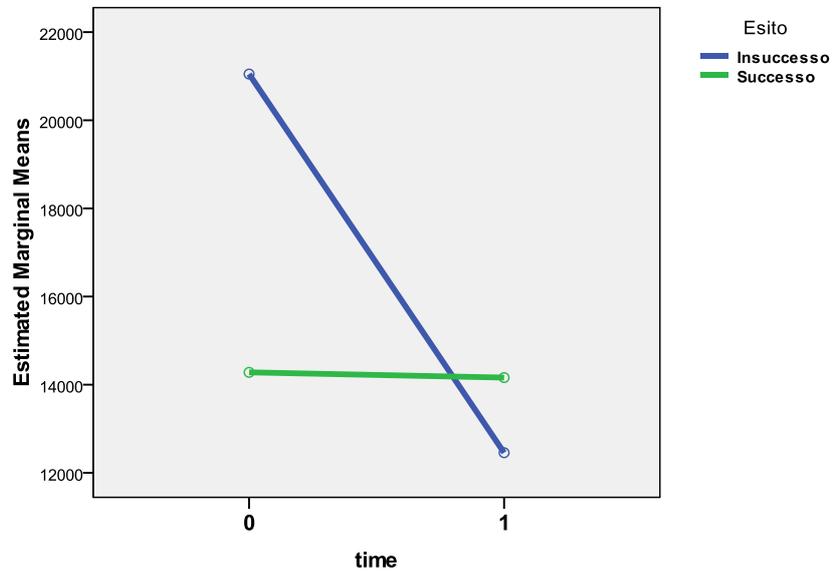
### 5.6.3. Valore totale delle singole proprietà (Terra, animali e beni)

Per verificare se vi fossero delle differenze nel valore medio delle singole proprietà dei soggetti è stata condotta un'analisi multivariata della varianza fattoriale mista (o analisi doppiamente multivariata). A livello multivariato sono risultati statisticamente significativi gli effetti del fattore Tempo [Time: *Wilks' Lambda* = ,846,  $F(1, 83) = 4,926$ ,  $p = ,003$ ,  $\eta^2$  parziale = ,154] e del fattore esitoxtempo [Esitoxtempo: *Wilks' Lambda* = ,649,  $F(1, 83) = 14,616$ ,  $p \leq ,0001$ ,  $\eta^2$  parziale = ,351] ma non l'effetto esito [Esito: *Wilks' Lambda* = ,928,  $F(1, 83) = 2,080$ ,  $p > ,05$ ,  $\eta^2$  parziale = ,072]

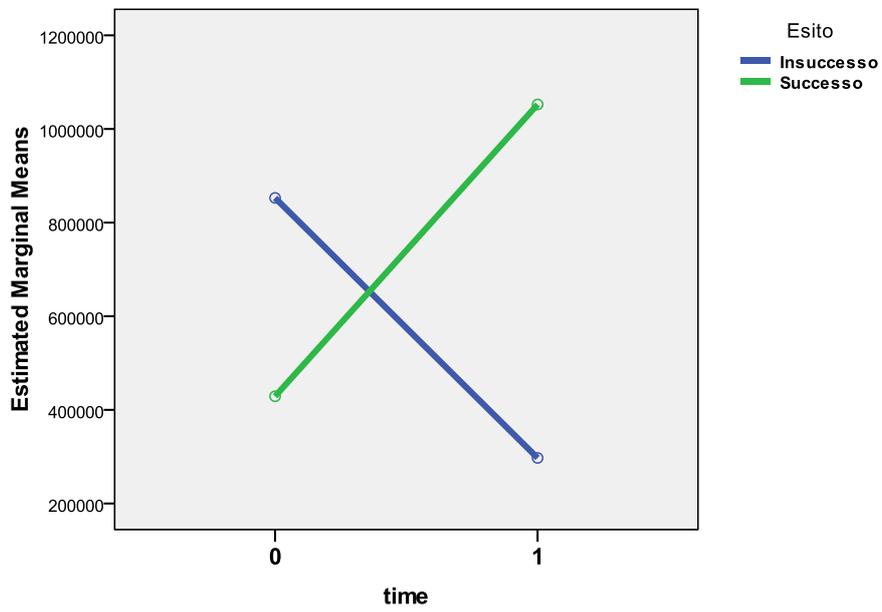
Le successive analisi della varianza univariate hanno mostrato che l'effetto principale Tempo (cioè partecipazione al programma di microcredito) è significativo solo per la variabile dipendente Assets [ $F(1,83) = 11,173$ ,  $p \leq ,001$ ,  $\eta^2$  parziale = ,119]; mentre l'effetto interazione è significativo per la variabile Land [ $F(1,83) = 38,473$ ,  $p \leq ,0001$ ,  $\eta^2$  parziale = ,317] E' stata eseguita un'analisi della varianza (Anova one way) per verificare se vi fossero delle differenze nel valore totale delle proprietà al momento dell'ingresso al programma di credito tra le donne con positive e negative outcome; l'analisi ha rilevato una differenza significativa tra i due gruppi relativamente al valore economico delle proprietà in totale [ $F(1, 83) = 8,644$ ,  $p = ,004$ ]; le donne con negative outcome possedevano mediamente un valore complessivo di proprietà maggiore di due volte rispetto alle donne con positive outcome.

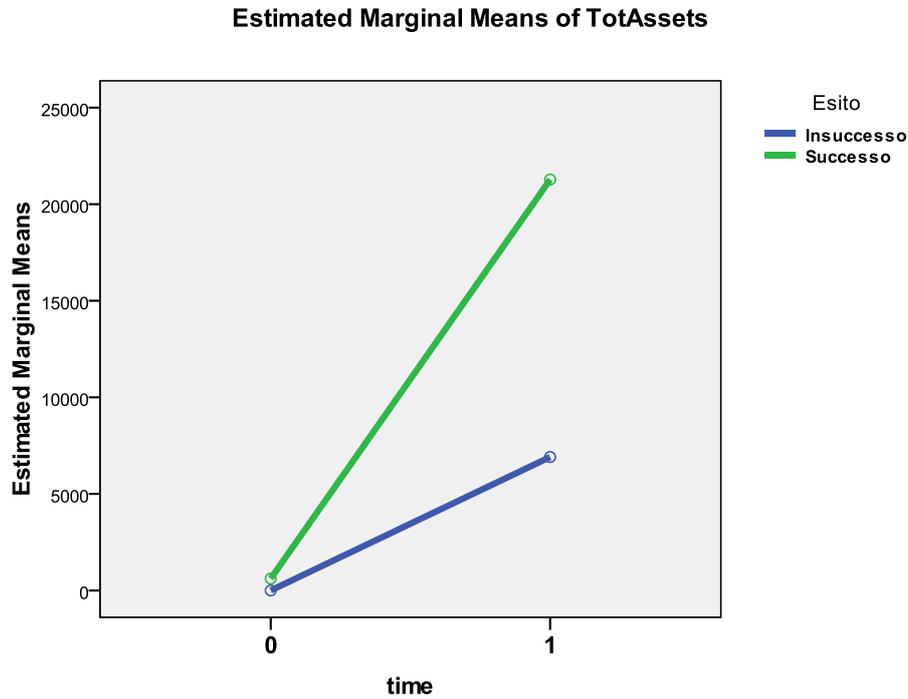
Si rileva inoltre una differenza significativa relativamente al valore totale della terra (agricola e non) a favore delle donne con negative outcome [ $F(1, 83) = 8,577$ ,  $p = ,004$ ]. Non si rilevano differenze significative relativamente al valore complessivo degli animali e degli assets. In generale, dunque, le donne che non hanno investito il credito con successo, partivano da una condizione economica iniziale migliore (doppio) delle donne che hanno investito il credito con successo.

Estimated Marginal Means of TotAnimals



Estimated Marginal Means of TotLand





#### 5.6.4. Sicurezza alimentare (qualità e quantità del cibo)

##### *Luxury (Days Luxury food)*

Si rilevano cambiamenti relativi alla frequenza nel corso della settimana con cui le borrowers e le loro famiglie hanno beneficiato di cibo non comune; aumentano significativamente il numero dei giorni in cui è stato servito luxury food. (T test paired samples)

**Tabella 18 - giorni in cui è stato servito luxury food**

	M (T0)	ds	M (T1)	ds	t(s)	p
<b>Luxury food 1*</b>	<b>,18</b>	<b>,41</b>	<b>,59</b>	<b>,955</b>	<b>-3,78</b>	<b>,000</b>
<b>Luxury food 2**</b>	<b>,20</b>	<b>,50</b>	<b>1,08</b>	<b>1,25</b>	<b>-6,03</b>	<b>,000</b>
<b>Luxury food 3***</b>	<b>,25</b>	<b>,53</b>	<b>1,01</b>	<b>1,21</b>	<b>-5,36</b>	<b>,000</b>

(\*) = Fried rice or Biryani

(\*\*) = Mead Beef or Lamb

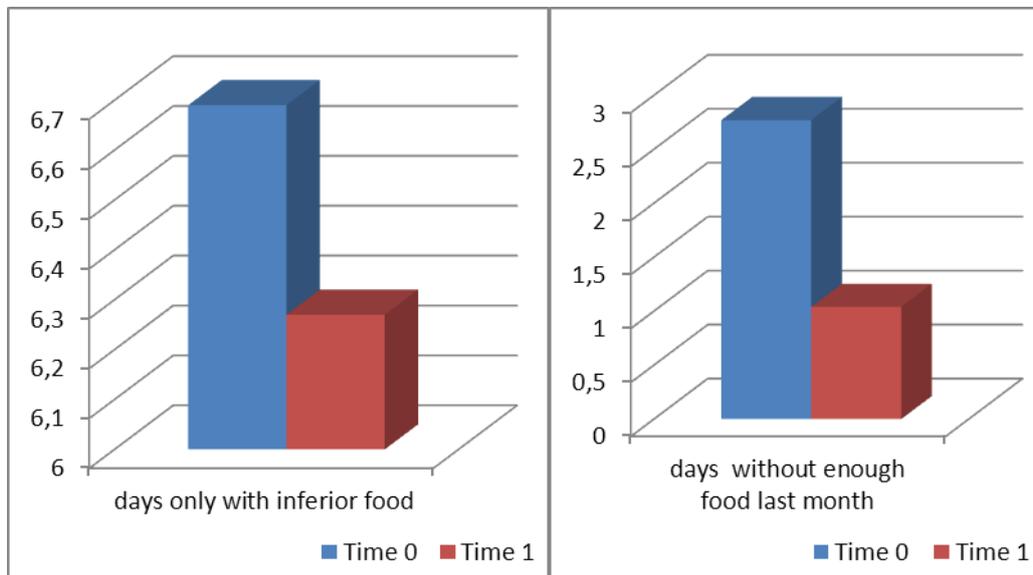
(\*\*\*) = Chicken

*Giorni durante l’ultima settimana in cui è stato servito cibo inferiore (Days inferior food)*  
*Giorni durante l’ultimo mese in cui il cibo non è stato sufficiente (Days without food)*

Si rilevano cambiamenti relativi alla quantità di giorni in cui la famiglia ha servito cibo inferiore e la quantità di giorni in cui il cibo non è stato sufficiente; diminuiscono significativamente i giorni in cui è stato servito cibo inferiore nel corso della settimana (Time 0: M = 6,69, DS = ,53; Time 1: M = 6,27, DS = ,86)  $t(s) (84) = 4,31, p \leq ,001$ ; diminuiscono significativamente i giorni in cui la famiglia non ha avuto cibo sufficiente nel corso di un mese (Time 0: M = 2,77, DS = 6,02; Time 1: M = 1,04, DS = 4,13)  $t(s) (84) = 2,61, p \leq ,01$ .  
*(T Test Paired Samples)*

**Tabella 19 -Giorni in cui il cibo non è stato sufficiente**

	M (T0)	ds	M (T1)	ds	t(s)	p
<b>Number Days Inferior food served</b>	6,69	,53	6,27	,86	4,31	<b>,000</b>
<b>Number Days without food</b>	2,77	6,02	1,04	4,13	2,61	<b>,010</b>



**Figura 50\_ medie giorni in cui è stato servito cibo inferiore**

*Frequenza del cibo comune durante il giorno (Staple food)*

Si rilevano cambiamenti relativi alla frequenza con cui le famiglie hanno servito staple food (cibo comune) durante il giorno; si rileva una significativa riduzione del numero di pasti a base di cibo comune (in favore dell’introduzione del luxury food nelle abitudini alimentari famigliari) [Time 0: M = 6,21, DS = 1,833; Time 1: M = 5,59, DS = 1,348)  $t(s) (84) = 2,747, p ,007]$  (*T Test Paired Samples*)

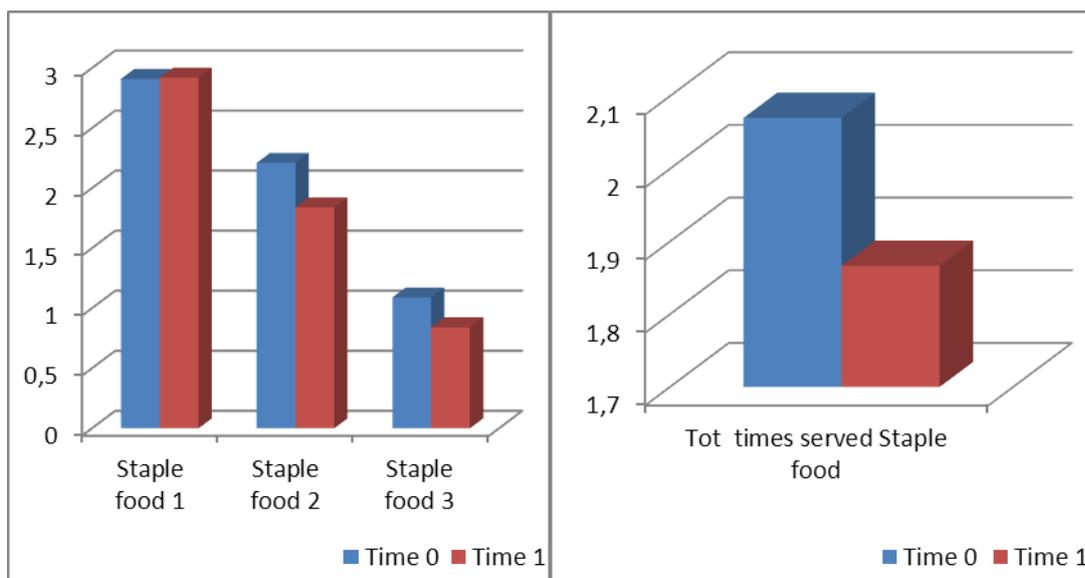
**Tabella 20-frequenza sono state servite le tre tipologie di staple food durante il giorno**

	M (T0)	ds	M (T1)	ds	t(s)	p
<b>Staple food 1*</b>	2,91	,29	2,92	,27	-,27	,783
<b>Staple food 2**</b>	<b>2,21</b>	1,09	<b>1,84</b>	,85	<b>2,58</b>	<b>,012</b>
<b>Staple food 3***</b>	1,09	1,41	,84	,75	1,69	,094

(\*) = Rice or bread

(\*\*) = Vegetables or lentils

(\*\*\*) = Eggs or local fish



**Figura 51\_medie volte in cui viene servito cibo comune durante il giorno**

Tabella 21- indicatori qualità del cibo esitoxtempo

	Successo/insuccesso	Time 0			Time 1	
		N	Mean (T0)	ds	Mean (T1)	ds
<b>Days Luxury Food</b>	<b>Negative outcome</b>	33	,61	1,17	2,42	2,10
	<b>Positive outcome</b>	52	,63	1,32	2,85	2,57
	<b>Total</b>	85	,62	1,26	2,68	2,39
<b>Days Inferior Food</b>	<b>Negative outcome</b>	33	6,67	,47	6,24	,75
	<b>Positive outcome</b>	52	6,71	,57	6,29	,93
	<b>Total</b>	85	6,69	,53	6,27	,86
<b>Days Without Food</b>	<b>Negative outcome</b>	33	3,09	5,88	1,64	5,78
	<b>Positive outcome</b>	52	2,57	6,15	,65	2,55
	<b>Total</b>	85	2,77	6,02	1,04	4,13
<b>Days Staple Food</b>	<b>Negative outcome</b>	33	6,33	2,04	5,73	1,35
	<b>Positive outcome</b>	52	6,13	1,70	5,50	1,35
	<b>Total</b>	85	6,21	1,83	5,59	1,34

### 5.6.5. Qualità dell’abitazione e delle facilities

#### *Proprietà dell’abitazione*

Per verificare se la proporzione di famiglie proprietarie dell’abitazione in cui vivono si fosse modificata significativamente dopo l’accesso al credito, è stato eseguito un test di McNemar, che ha rivelato la proporzione di famiglie proprietarie dell’abitazione è aumentata (Time 0: 17,6%; Time 1: 55,3%) [(z = 1,28, p =,02) .

Tabella 22 - stato di proprietà dell'abitazione

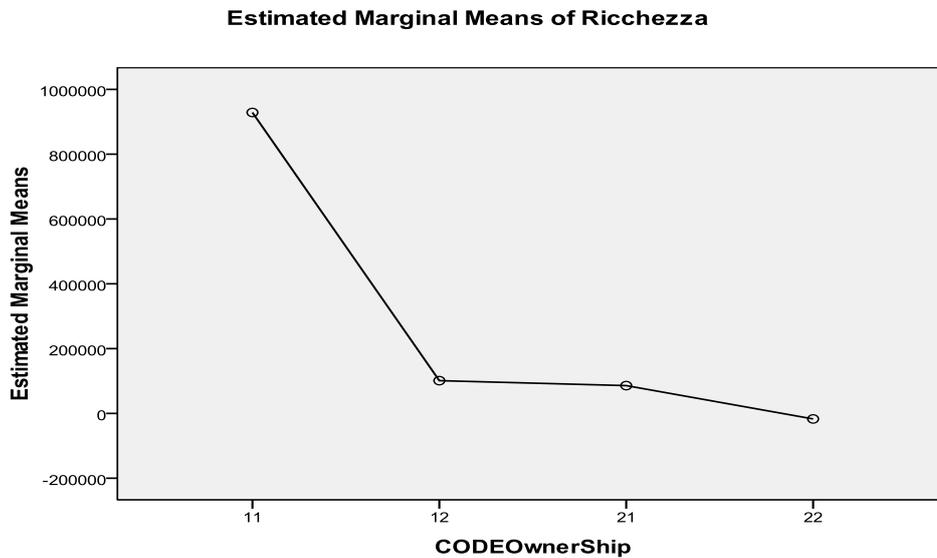
	Time 0		Time 1	
	N	%	N	%
<b>Owned</b>	15	17,6%	47	55,3%
<b>Given by relatives</b>	70	82,4%	38	44,7%
<b>Total</b>	85	100%	85	100%

Si è proceduto a suddividere il campione in quattro categorie concatenate codificate in modo da rilevare il cambiamento dello stato di proprietà nel tempo: **11**= con casa di proprietà prima e dopo; **22**= senza casa di proprietà prima e dopo; **12**= hanno perso casa di proprietà; **21**= hanno acquisito casa di proprietà. Successivamente la nuova variabile creata (codici proprietà T0\_T1) è stata utilizzata come fattore fisso per valutarne l’effetto sulla variabile dipendente Ricchezza acquisita tramite un’analisi UNIVARIATA.

**Descriptive Statistics**

Dependent Variable: Ricchezza

CODEOwnership	Mean	Std. Deviation	N
11	928635,00	1785038,190	14
12	101112,50	329105,174	2
21	85848,91	722290,017	32
22	-17033,11	676038,249	37
Total	180235,94	998425,394	85



Osservando il grafico appare evidente come le famiglie che hanno mantenuto la proprietà dell’abitazione sia in T0 sia in T1 (code 11) siano anche quelle che hanno beneficiato maggiormente del prestito ricevuto aumentando il valore della proprietà totale, mentre tutte le altre famiglie (code 12,21,22) non hanno ottenuto benefici economici dall’investimento del prestito.

*Numero di stanze dell’abitazione (Number of Dwelling room)*

Si rilevano cambiamenti relativi al numero di stanze presenti nell’abitazione; le famiglie investono nella casa ed aumenta significativamente il numero delle stanze (Time 0: M = 2,07, DS = ,87; Time 1: M = 2,42, DS = ,87)  $t(s) (84) = -2,85, p \leq ,01$ ;

***Qualità dell’abitazione***

I parametri che verranno presentati successivamente riguardano le caratteristiche strutturali dell’abitazione, materiale del tetto, materiale delle mura esterne, materiale del pavimento. Consideriamo questi indicatori di benessere macro, poiché l’investimento sull’abitazione è un processo graduale e protratto nel tempo. In generale le possibilità oscillano da una condizione basica dell’abitazione (realizzata perlopiù con foglie di palma, rami e bambù) ad una condizione media (rivestimenti di lamine di ferro e alluminio). Essendo il range di

miglioramento così limitato, è molto difficile apprezzare cambiamenti eclatanti. Per monitorare il passaggio dalla condizione basica alla condizione medio bassa è stato utilizzato il test di Mc Nemar che non ha rilevato alcun cambiamento significativo.

Tabella 23- tipologia di materiali utilizzati per la costruzione dell’ abitazione

<b>Roof material</b>	<b>Time 0</b>		<b>Time 1</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Branches and twigs</b>	5	5,9%	2	2,4%
<b>Iron sheets</b>	80	94,1%	83	97,6%
<b>Total</b>	85	100%	85	100%
<b>Exterior wall</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Branches and twigs</b>	14	16,5%	6	7,1%
<b>Iron sheets and stones</b>	71	83,5%	79	92,9%
<b>Total</b>	85	100%	85	100%
<b>Flooring material</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Dirt</b>	84	98,8%	83	97,6%
<b>Cement</b>	1	1,2%	2	2,4%
<b>Total</b>	85	100%	85	100%

### Facilities

Per verificare se la qualità delle facilities fosse migliorata dopo 12 mesi di partecipazione al programma di microcredito è stato eseguito un test di Wilcoxon, che non ha rivelato cambiamenti significativi sia relativamente all’accesso alla corrente elettrica ( $z = -1,807$ ,  $p = ,071$ ), sia relativamente alla disponibilità di servizi sanitari ( $z = -1,698$ ,  $p = ,090$ )

Tuttavia, osservando le percentuali descrittive, si nota come, tendenzialmente, le famiglie abbiano preferito condividere le facilities di loro proprietà in time 0 con le altre famiglie del villaggio: diminuisce il numero di famiglie con una pit toilet di proprietà a favore di pit toilet

condivise con altre famiglie e diminuisce il numero di famiglie con una fornitura elettrica non condivisa. I cambiamenti rilevati in queste due dimensioni sembrano non rispecchiare un miglioramento nello stile di vita, ma piuttosto un’esigenza delle famiglie di condividere i beni di proprietà per ammortizzare i costi.

Tabella 24 -fornitura di energia elettrica e servizi igienici

<b>Electricity supply</b>	<b>Time 0</b>		<b>Time 1</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>No connection</b>	45	52,9%	47	55,3%
<b>Shared connection</b>	7	<b>8,2%</b>	14	<b>16,5%</b>
<b>Own connection</b>	33	<b>38,8%</b>	24	<b>28,2%</b>
<b>Total</b>	85	100%	85	100%
<b>Toilet facility</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Bush, field no facility</b>	-	-	1	1,2%
<b>Shared pit toilet</b>	12	<b>14,1%</b>	17	<b>20,0%</b>
<b>Own pit toilet</b>	73	<b>85,9%</b>	67	<b>78,8%</b>
<b>Total</b>	85	100%	85	100%

## 5.7. CARATTERISTICHE DELLE DONNE CON POSITIVE E NEGATIVE OUTCOME

I risultati emersi dal confronto tra le borrowers nel time 0 e nel time 1 relativamente a tutti gli indicatori considerati sembrano segnalare un generale miglioramento nelle due dimensioni: intangibile e tangibile.

Tuttavia è emerso che l’impatto sulla qualità di vita e sul benessere delle beneficiarie differisce (pur nella positività) a seconda dell’esito economico (successo/insuccesso) relativo all’investimento del prestito.

Per comprendere se le differenze nell’esito fossero dovute a caratteristiche individuali, familiari e sociali di base, cioè esistenti tra i due gruppi di donne, prima della partecipazione al programma di credito sono state realizzate analisi più approfondite.

Inoltre è stata valutata la performance del credito per individuare eventuali caratteristiche di investimento o tipologia di business che possano aver influito sull’esito.

### 5.7.1. Dati anagrafici

#### *Età e numero dei figli*

E’ stata eseguita un’analisi della varianza (Anova one way) per verificare se vi fossero delle differenze nelle caratteristiche anagrafiche tra le donne con positive e negative outcome; l’analisi non ha rilevato alcuna differenza significativa tra i due gruppi di donne relativamente all’età [ $F(1, 83) = ,360, p = ,550$  ] e alla numerosità dei figli [ $F(1, 83) = ,650, p = ,422$  ]. Le descrittive mostrano le medie relative a ciascun gruppo.

Tabella 25-differenze dati anagrafici tra donne con positive e negative outcome

	Successo/insuccesso	N	Mean (T0) %	ds	Min %	Max %
<b>Wife Age</b>						
	<b>Negative outcome</b>	33	32,42	8,729	19	52
	<b>Positive outcome</b>	52	33,65	9,501	19	57
<b>Number Children</b>						
	<b>Negative outcome</b>	33	2,91	1,259	1	6
	<b>Positive outcome</b>	52	3,19	1,749	1	9

*Stato occupazionale delle beneficiarie*

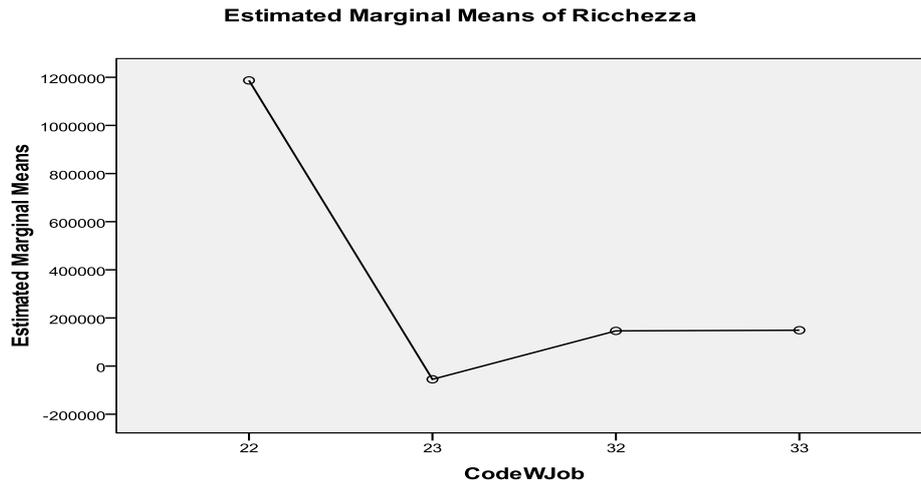
E’ stato utilizzato il test del chi quadrato per determinare se vi fossero differenze significative nella distribuzione delle risposte tra le diverse categorie. Il test chi-quadro è in grado di chiarire se i due gruppi (donne con positive outcome e donne con negative outcome) differissero significativamente nelle variabili anagrafiche e di performance del credito al momento dell’accesso al programma di credito Grameen. Nel caso in cui si individuassero variabili individuali e famigliari significativamente diverse nei due gruppi sarebbe lecito attribuire ad esse un effetto moderatore sulla variabile esito.

**Tabella 26-occupazione moglie**

	<b>Wife main occupation</b>	<b>N</b>	<b>Negative outcome %</b>	<b>N</b>	<b>Positive outcome %</b>
<b>Time 0</b>					
	<b>Salaried Worker</b>	1	3,0%	4	7,7%
	<b>Housewife</b>	32	97,0%	48	92,3%
	<b>Total</b>	33	100,0%	52	100,0%
<b>Time 1</b>					
	<b>Salaried Worker</b>	6	18,2%	15	28,8%
	<b>Housewife</b>	27	81,8%	37	71,2%
	<b>Total</b>	33	100,0%	52	100,0%

Sia nel time 0 sia nel time 1 non si rilevano differenze significative tra donne con positive e negative outcome relativamente allo stato occupazionale [Chi-Square Tests (T0): Pearson Chi-Square (1,  $n = 85$ ) = ,793 ,  $p = ,373$ ; Chi-Square Tests (T1): Pearson Chi-Square (1,  $n = 85$ ) = 1,234,  $p = ,267$ ] Per approfondire l’analisi, il campione è stato suddiviso in quattro categorie concatenate codificate in modo da rilevare il cambiamento dello stato occupazionale nel tempo e l’effetto della variabile esito: **22**= lavoratrice dipendente prima e dopo; **33** = casalinga prima e dopo; **23**= lavoratrice dipendente prima e casalinga dopo; **32**= casalinga prima e lavoratrice dipendente dopo. Successivamente la nuova variabile creata (Wife Job Code T0\_T1) è stata utilizzata come fattore fisso per valutarne l’effetto sulla variabile dipendente Ricchezza acquisita.

Osservando il grafico appare evidente come le donne che erano lavoratrici dipendenti e sono rimaste tale anche dopo il credito, hanno beneficiato maggiormente del prestito ricevuto aumentando il valore della proprietà totale, mentre tutte le altre donne (code 23,32, 33) non hanno ottenuto gli stessi benefici economici dall’investimento del prestito.



#### *Stato civile delle beneficiarie*

Anche in questo caso, sia nel time 0 sia nel time 1 non si rilevano differenze significative tra donne con positive e negative outcome relativamente allo stato Civile [Chi-Square Tests (T0): Pearson Chi-Square (1,  $n = 85$ ) = 3,84,  $p = ,147$ ; Chi-Square Tests (T1): Pearson Chi-Square (1,  $n = 85$ ) = 3,67,  $p = ,299$ ]

Dalle descrittive in tabella si nota come lo stato civile delle donne con positive outcome non abbia subito alcuna modifica tra time 0 e time 1, questo potrebbe essere considerato un indice di stabilità familiare.

Tabella 27 - Stato civile

	Wife Marital Status	N	Negative outcome %	N	Positive outcome %
<b>Time 0</b>					
	<b>Married</b>	32	97,0%	44	84,6%
	<b>Married/husband migrant</b>	0	<b>0</b>	5	9,6%
	<b>Widow</b>	1	3,0%	3	5,8%
	<b>Divorced</b>	0	<b>0</b>	0	0
	<b>Total</b>	33	100%	52	100%
<b>Time 1</b>					
	<b>Married</b>	26	78,8%	44	84,6%
	<b>Married/husband migrant</b>	4	<b>12,1%</b>	5	9,6%
	<b>Widow</b>	1	3,0%	3	5,8%
	<b>Divorced</b>	2	<b>6,1%</b>	0	0
	<b>Total</b>	33	100%	52	100%

*Livello di istruzione*

Relativamente al livello di istruzione non si rilevano differenze significative tra i due gruppi [Chi-Square Tests (T0): Pearson Chi-Square (1,  $n = 85$ ) = 1,99,  $p = ,575$ ]; relativamente alla capacità di scrivere ugualmente non si rilevano differenze significative [Chi-Square Tests (T0): Pearson Chi-Square (1,  $n = 85$ ) = 2,47,  $p = ,116$ ]

Per verificare se vi erano differenze è stato eseguito un test di Mann-Whitney, che non ha evidenziato una differenza statisticamente significativa ( $U = 743,5$ ,  $z = -1,13$ ,  $p > ,05$  ).

Tabella 28 - Livello di istruzione

	Wife max level of schooling	N	Negative outcome %	N	Positive outcome %
<b>Time 0</b>					
	<b>No education</b>	4	12,1%	5	9,6%
	<b>Less than primary</b>	16	48,5%	19	36,5%
	<b>Primary</b>	12	36,4%	27	51,9%
	<b>Secondary</b>	1	3,0%	1	1,9%
	<b>Total</b>	33	100,0%	52	100,0%
<b>Time 0</b>					
	<b>Can Write</b>	12	36,4%	28	53,8%

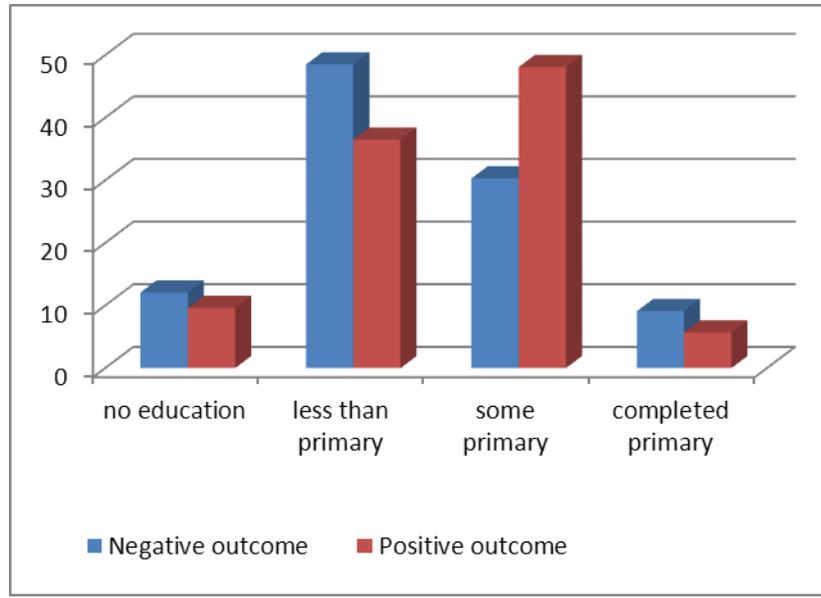


Figura 52\_ livello di istruzione

### *Stato occupazionale del marito*

Relativamente allo stato occupazionale del marito non si rilevano differenze significative tra i due gruppi sia nel time 0 [Chi-Square Tests (T0): Pearson Chi-Square (2,  $n = 81$ ) = 5,50,  $p = ,064$ ] che nel time 1 [Chi-Square Tests (T1): Pearson Chi-Square (2,  $n = 81$ ) = 1,28,  $p = ,527$ ]; relativamente alla presenza del contributo economico da parte del marito ugualmente non si rilevano differenze significative [Chi-Square Tests (T0): Pearson Chi-Square (1,  $n = 81$ ) = ,66,  $p = ,416$ ; Chi-Square Tests (T1): Pearson Chi-Square (1,  $n = 81$ ) = ,028,  $p = ,868$ ]

Tabella 29 - Situazione occupazionale

Husband main occupation	N	Negative outcome %	N	Positive outcome %
<b>Time 0</b>				
Self employed	19	59,4%	17	34,7%
Salaried Worker	13	40,6%	30	61,2%
Unemployed	0	0	2	4,1%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>	<b>49</b>	<b>100,0%</b>
<b>Contributing to household</b>	<b>32</b>	<b>100,0%</b>	<b>48</b>	<b>98,0%</b>
<b>Time 1</b>				
Self employed	16	50,0%	29	59,2%
Salaried Worker	13	40,6%	14	28,6%
Unemployed	3	9,4%	6	12,2%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100,0%</b>	<b>52</b>	<b>100,0%</b>
<b>Contributing to household</b>	<b>27</b>	<b>84,4%</b>	<b>42</b>	<b>85,7%</b>

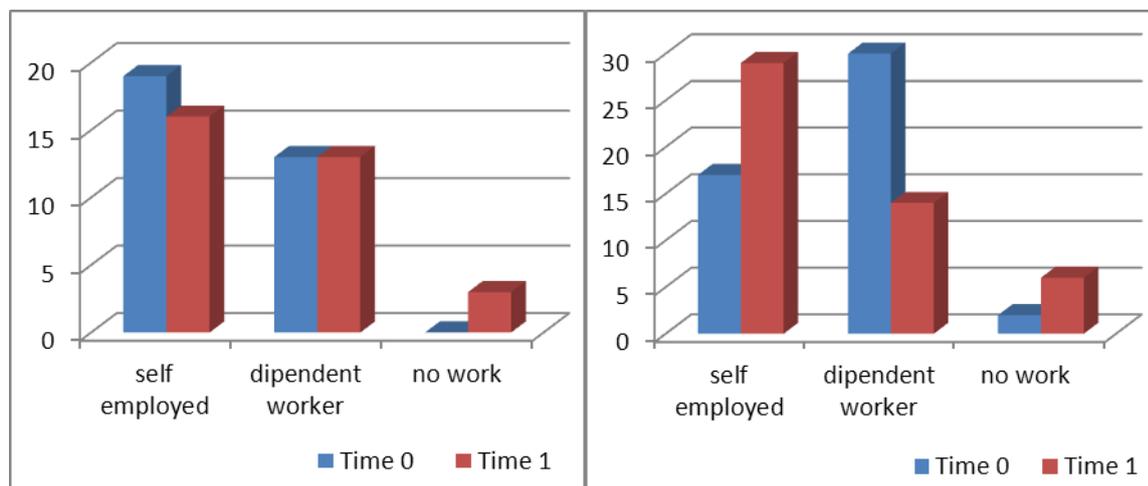


Figura 53\_ occupazione del marito positive e negative outcome

### 5.7.2. Microcredit Performance

In tutte le analisi utilizzate per misurare la performance del credito sono stati inclusi solo gli active members (N. 72) cioè i soggetti attivi nel programma di microcredito durante tutto il periodo di ricerca.

E’ stata eseguita un’analisi della varianza (Anova one way) per verificare se tra le donne con positive e negative outcome vi fossero delle differenze relativamente alla somma media dei prestiti richiesti (così da spiegare la maggior ricchezza delle donne con positive outcome in Time 1); l’analisi non ha rilevato alcuna differenza significativa tra i due gruppi sul totale di denaro richiesto in prestito sia in T0 [ $F(1, 70) = ,157, p = ,693$ ], sia in T1 [ $F(1, 70) = 1,503, p = ,224$  ]. Tuttavia dalle descrittive è possibile notare che le donne che hanno avuto successo hanno chiesto dopo 12 mesi prestiti maggiori rispetto alle donne che non hanno avuto successo.

**Tabella 30 - Ammontare del prestito**

	Tot amount borrowed Time 0		Tot amount borrowed Time 1	
	Mean	ds	Mean	ds
<b>Negative outcome</b>	8.720,00	2.318,76	11.400,00	4.830,45
<b>Positive outcome</b>	8.468,09	2.685,31	<b>13.489,36</b>	7.742,80
Total	8.555,56	2.550,27	12.763,89	6.908,84

*Fruitore reale del prestito*

Non si rilevano differenze significative tra i due gruppi relativamente all’utilizzatore reale del prestito sia nel time 0 [Chi-Square Tests (T0): Pearson Chi-Square (3,  $n = 72$ ) = 1,38,  $p = ,710$ ] sia nel time 1 [Chi-Square Tests (T1): Pearson Chi-Square (3,  $n = 72$ ) = 2,31,  $p = ,509$ ];

**Tabella 31 - Utilizzatore del prestito**

	<b>Who’s borrowing</b>	<b>N</b>	<b>Negative outcome %</b>	<b>N</b>	<b>Positive outcome %</b>
<b>Time 0</b>					
	<b>Husband</b>	17	68,0%	31	66,0%
	<b>Wife</b>	5	20,0%	6	12,8%
	<b>Son</b>	1	4,0%	4	8,5%
	<b>Husband &amp; wife</b>	2	8,0%	6	12,8%
	<b>Total</b>	25	100%	47	100%
<b>Time 1</b>					
	<b>Husband</b>	13	52,0%	23	48,9%
	<b>Wife</b>	8	32,0%	11	23,4%
	<b>Son</b>	0	0	3	6,4%
	<b>Husband &amp; wife</b>	4	16,0%	10	21,3%
	<b>Total</b>	25	100%	47	100%

*Gestore reale del prestito*

Non si rilevano differenze significative tra i due gruppi relativamente a quale familiare gestisca realmente il prestito sia nel time 0 [Chi-Square Tests (T0): Pearson Chi-Square (3,  $n = 72$ ) = 1,18,  $p = ,757$ ] sia nel time 1 [Chi-Square Tests (T1): Pearson Chi-Square (3,  $n = 72$ ) = ,775,  $p = ,856$ ];

**Tabella 32 - Gestore del prestito**

	<b>Who controls the loan</b>	<b>N</b>	<b>Negative outcome %</b>	<b>N</b>	<b>Positive outcome %</b>
<b>Time 0</b>					
	<b>Husband</b>	9	36,0%	16	34,0%
	<b>Wife</b>	7	28,0%	14	29,8%
	<b>Son</b>	0	0	2	4,3%
	<b>Husband &amp; wife</b>	9	36,0%	15	31,9%
	<b>Total</b>	25	100%	47	100%
<b>Time 1</b>					
	<b>Husband</b>	8	32,0%	17	36,2%
	<b>Wife</b>	7	28,0%	13	27,7%
	<b>Son</b>	0	0	1	2,1%
	<b>Husband &amp; wife</b>	10	40,0%	16	34,0%
	<b>Total</b>	25	100%	47	100%

*Tipologia di prestito*

Non si rilevano differenze significative tra i due gruppi relativamente alla tipologia di prestito sia nel time 0 [Chi-Square Tests (T0): Pearson Chi-Square (2,  $n = 72$ ) = 3,86,  $p = ,145$ ] sia nel time 1 [Chi-Square Tests (T1): Pearson Chi-Square (2,  $n = 72$ ) = 3,24,  $p = ,197$ ];

**Tabella 33 - Tipologia di prestito**

	Type of loan	N	Negative outcome %	N	Positive outcome %
<b>Time 0</b>					
	Basic loan	22	88,0%	45	95,7%
	Consumption loan	1	4,0%	2	4,3%
	No properly loan	2	8,0%	0	0
	<b>Total</b>	25	100%	47	100%
<b>Time 1</b>					
	Basic loan	18	72,0%	41	87,2%
	Consumption loan	2	8,0%	3	6,4%
	No properly loan	5	20,0%	3	6,4%
	<b>Total</b>	25	100%	47	100%

*Overlapping*

Tra alcune beneficiarie si verifica il fenomeno dell’overlapping a causa del quale le donne chiedono prestiti ad altre organizzazioni ( formali e informali, o money lenders all’interno dello stesso villaggio) per ripagare i prestiti originali. Tale fenomeno solitamente comporta l’entrata in un circolo vizioso generalmente responsabile dell’iperindebitamento e spesso del fallimento sotteso ai programmi di sviluppo del microcredito.

**Tabella 34-percentuale di overlapping**

	Overlapping		Total money borrowed	
	N	Percent %	Mean	ds
<b>Negative outcome</b>	6	24,0	8.121,21	34.881,727
<b>Positive outcome</b>	7	14,9	6.442,31	19.860,705

## **5.8. Discussione dei risultati**

I cambiamenti maggiori si rilevano nella dimensione intangibile, il livello di autostima aumenta significativamente, in modo particolare per le donne che hanno investito il prestito con successo. Si rileva anche un aumento di sintomi di disforia generale e una diminuzione dei sintomi di disfunzione sociale, a svantaggio delle donne con un outcome negativo.

Si modificano gli equilibri famigliari a favore di una diminuzione del potere decisionale del marito e un aumento della proporzione di decisioni prese di comune accordo tra i coniugi. La presenza di elementi di conflitto tra i coniugi si è evidenziata soprattutto nell’ambito della mappatura delle relazioni famigliari. Le donne che hanno ottenuto benefici dall’accesso al credito hanno avviato un processo di mediazione con il marito, al contrario, le donne che non hanno ottenuto benefici, hanno acceso o acuito il conflitto coniugale.

Ciò è imputabile al fatto che il microcredito permette alle beneficiarie di acquisire maggiore autonomia in termini economici e sociali, accrescendo dunque il proprio potere all’interno del processo decisionale. Tale accresciuta autonomia può portare in alcuni casi a sfidare l’autorità maschile e a voler mantenere il controllo sulle risorse che tradizionalmente vengono gestite dai mariti, fornendo così motivi per aumentare il conflitto coniugale e familiare.

Il maggior risultato riscontrato nell’ambito di questa tesi è dunque il cambiamento che la partecipazione ad un programma di microcredito determina nei rapporti tra le beneficiarie e i relativi familiari, in particolar modo con i mariti. Tale cambiamento, sia che avvenga in maniera tale da avvicinare i coniugi, sia nel senso opposto, è comunque un punto di partenza per la messa in discussione di un rapporto familiare basato sul principio di dipendenza della donna. Da questo punto di vista il microcredito può essere visto come un utile strumento per l’innescare di un mutamento della condizione della donna all’interno del contesto socio-economico.

Nella dimensione tangibile, i cambiamenti maggiori riguardano gli indicatori di benessere sicurezza alimentare, denaro investito per gli indumenti dei figli e valore dei beni di proprietà. Non sono stati rilevati cambiamenti significativi relativamente alla qualità dell’abitazione e alla qualità delle facilities, quest’ultima in particolare è stata sacrificata probabilmente per ammortizzare le spese famigliari.

E’ interessante notare come, prima dell’accesso al credito, le donne con negative outcome fossero in una condizione di vantaggio rispetto alle donne con positive outcome, sia nella dimensione del benessere psicologico, sia nella dimensione del benessere economico.

## Riferimenti Bibliografici

Ahmed S.M., (2005) Intimate partner violence against women: Experiences from a woman-focused development programme in Matlab, Bangladesh. *J Health Popul Nutr.*; 23:95-101.

Ahmed, S., Chowdhury, M. and Bhuiya, A. (2001) Micro-credit and emotional well-being: Experience of poor rural women from Matlab, Bangladesh. *World Development* 29:11 , pp. 1957-1966.

Almanacco 1999 : *Psichiatria di territorio* / a cura di Franco Fasolo, Lodovico Cappellari. - Padova : La Garangola, 1999. - XIII, 247.

Amartya Sen, *Lo sviluppo è libertà : perché non c'è crescita senza democrazia*, Milano : Oscar Mondadori, 2001. - 355 p.

Anthony D. (2005) Cooperation in Microcredit Borrowing Groups: Identity, Sanctions, and Reciprocity in the Production of Collective Goods. *American Sociological Review*: June 2005 70: 496-515

Ashish Bajracharya & Sajeda Amin Poverty, *Micro-credit Program Membership and Domestic Violence in Bangladesh: A Study using Propensity Score Matching*.

Ashraf N., Karlan D., Yin W., (2010) Female Empowerment: Impact of a Commitment Savings Product in the Philippines. *World Development* Vol. 38, No. 3, pp. 333–344.

Bajracharya A., Amin S. (2010) Poverty, Micro-credit Program Membership and Domestic Violence in Bangladesh: A Study using Propensity Score Matching. *Poverty, Gender, and Youth Working Papers*.

Barone R., *Le reti sociali: strumenti per la valutazione clinica e la ricerca empirica*. <http://raffaelebarone.wordpress.com/category/salute-mentale/>

Bartolini S. (2004), *Una spiegazione della fretta e dell’infelicità contemporanee*, in L Bruni e P. L. Porta, Felicità ed economia.

Bretherton I., e Munholland K.A. (1999), “Modelli operativi interni nelle relazioni di attaccamento. Una revisione teorica”, in Cassidy J. e Shaver P.R. (a cura di), “*Manuale dell’attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*” (pp. 101-126), Giovanni Fioriti Editore, Roma 2002.

Bruni L. *Felicità, economia e Beni relazionali*, in “Nuova Umanità” XXVII (2005/3-4)

Bruni L. e P.L. Porta, *Felicità ed Economia: quando il benessere è ben vivere*, Guerrini e Associati, Milano 2004.

Brunori L., Bleve C., (2009) *La finanza dei poveri* in Micromega 3/09, Gruppo Editoriale

Brunori L., Bonaga G. (2011) “Le conseguenze psicologiche del microcredito: un’analisi della letteratura internazionale” in Luisa Brunori (a cura di) “La complessa identità del microcredito: una ricerca multidisciplinare” Bologna, Il Mulino in press.

Brunori L., Laudatio per il conferimento della Laurea Honoris Causa a M. Yunus. Alma Mater Studiorum, 2004. L’Espresso, Roma.

Cartwright, J., Khandker, S., R.; Pitt, M.M. (2003) *Does micro-credit empower women?: evidence from Bangladesh*, World Bank Policy Research Working Paper 2998, March

Cartwright, J., Khandker, S., R.; Pitt, M.M. (2003) *Does micro-credit empower women?: evidence from Bangladesh*, World Bank Policy Research Working Paper 2998, March.

Chen, Choi e Sawada (2010) Joint liability borrowing and suicide: the case of Japan. *Economics letters* 109 (2010) 69-71.

Clarke D., McKenzie D. (1994) A caution on the use of cut-points applied to screening instruments or diagnostic criteria. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 185-188.

Clarke M., Smith G., Herrmann H.: A comparative study of screening instruments for mental disorders in general hospital patients. *Int’l. J. Psychiatry in Medicine*, 23 (4), 323-337, 1993.

Di Maria F., Formica I. (2009) *Fondamenti di gruppoanalisi*. Bologna, Il Mulino.

Dohn AL, Chávez A, Dohn MN, Saturria L, Pimentel C. (2004) Changes in health indicators related to health promotion and microcredit programs in the Dominican Republic. *Rev Panam Salud Publica* Mar;15(3):185-93.

Donati, P. (1986), *Introduzione alla sociologia relazionale*, Angeli, Milano.

Donati, P. (2005), *La sociologia relazionale: una prospettiva sulla distinzione umano/non umano nelle scienze sociali*, in “Nuova Umanità”, XXVII (2005/1), n 157.

Doocy S., Teferra S., Norell D., e Burnham G. (2005) Credit program outcomes: coping capacity and nutritional status in the food insecure context of Ethiopia. *Soc Sci Med*. May; 60(10):2371-82.

.Easterlin R.A., Incombe and Happiness: Towards a Unified Theory, «The Economic Journal», 111.

Fasolo F., Ambrosiano I., Cordioli A. *Sviluppi della soggettualità nelle reti sociali: psicoterapie di gruppo e carte di rete in psichiatria di comunità* - Padova : CLEUP, 2005. - 191 p.

Frank R. H., *L’importanza del reddito assoluto*, in L. Bruni e P.L. Porta, Felicità ed Economia: quando il benessere è ben vivere, Guerrini e Associati, Milano 2004.

Frey L., Livraghi R., *Sviluppo umano povertà umana ed esclusione sociale* - Milano : Angeli, c1999 (stampa 2000). - XXIV, 113 p.

Garikipati S.(2008) The Impact of Lending to Women on Household Vulnerability and Women’s Empowerment: Evidence from India *World Development* Vol. 36, No. 12, pp. 2620–264

Gin\_e, X., Karlan, D., (2007) Group versus Individual Liability: A Field Experiment in the Philippines. Mimeo. *Yale University & Innovations for Poverty Action*.

Goetz AM, Sen Gupta H. (1996) Who takes credit? Power and control over loan use in rural credit programs in Bangladesh. *World Dev.*;24:45-63.

Goldberg D.(1978) Manual of the General Health Questionnaire. NFER Publishing, Windsor, England.

Goldberg D., Blackwell B.: Psychiatric illness in a suburban general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, ii, 439-443, 1970.

Goldberg D., Kay C., Thompson L.: Psychiatric morbidity in a general practice and community. *Psychological Medicine*, 6, 565-569, 1976.

Goldberg D., Oldehinkel T., Ormel J.: Why G.H.Q. threshold varies from one place to another. *Psychological Medicine*, 28, 915-921, 1998.

Goldberg D.P. (1972) The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University Press, London.

Goldberg D.P.(1988) Williams P.: A user's guide to the G.H.Q.. NFER-Nelson, Windsor.

Gui B. (1987), *Elements pour définition d’ “économie communautaire”* Notes et Documents, 19-20, pp. 32-42.

Gui, B. (2002), *Più che scambi, incontri. La teoria economica alle prese con i fenomeni interpersonali*, in (a cura di) P.L. Sacco e S. Zamagni , *Complessità relazionale e comportamento economico*, il Mulino, Bologna.

Hadi A. (2000) Prevalence and Correlates of the Risk of Marital Sexual Violence in Bangladesh. *Journal of Interpersonal Violence*. August vol. 15 no. 8 787-805.

Hadi A. (2001) Promoting health knowledge through micro-credit programmes: Experience of BRAC in Bangladesh. *Health Promotion International* Volume: 16, Issue: 219-227.

Hadi A. (2005) Women’s Productive Role and Marital Violence in Bangladesh. *Journal of Family Violence*. Vol:20, Issue :3.

Hargreaves JR, Pronyk PM, Kim JC, et al. (2006) Effect of a structural intervention for the prevention of intimate partner violence and HIV in rural South Africa: results of a cluster randomized trial. *Lancet*.;368; 1973-1983.

Harlow , H.F. (1961). “The development of affectional patterns in infant monkeys”, in Foss B.M. (a cura di), “*Determinants of Infant Behaviour*”, Vol. 1. London : Methuen ; New York : Wiley.

Hashemi, S.M., S.R. Schuler, and A.P. Riley. (1996) *Rural Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh*. *World Development* 24:635-53.

Kahneman, D. *La felicità oggettiva*, in L. Bruni e P.L. Porta, *Felicità ed Economia: quando il benessere è ben vivere*, Guerrini e Associati, Milano 2004.

Khatun, M., Wadud, N., Bhuiya, A., & Chowdhury, M. (1998). Psychological well-being of rural women: developing measuring tools. *Working Paper No. 23*. Dhaka: BRAC–ICDDR, B Joint Research Project.

Koenig MA, Ahmed S, Hossain MB, Khorshed Alam Mozumder ABM. (2003) Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: individual-and community-level effects. *Demography*.; 40:269.

Lane, (2000), *The loss of Happiness in Market Democracies*, Yale University Press, New Haven-London.

Mohindra KS, Haddad S., Narayana D (2008) Can microcredit help improve the health of poor women? Some finding from a cross-sectional study in Kerala, India. *International Journal for Equity in Health*, 7: 2.

Nanda P. (1999) Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: Is there a positive impact? *Center for Health and Gender Equity*, Takoma Park.

Norbert Elias, *La società degli individui*, Bologna : Il mulino, [1990]. - 271 p.

Nussbaum, M. C. 1996 (1986), *The fragility of goodness: Luck and Ethics in Greek tragedy and Philosophy*, Cup, Cambridge.

Nussbaum, M. C. (1996), *La fragilità del bene: fortuna ed etica nella tragedia e nella filosofia greca* (1986), Bologna, Il Mulino.

Olson M. (1965) *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*.

OMS, (2001) *Rapport sur la santé dans le monde 2001:La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Organisation Mondiale de la Santé.

Patel et al (2003) *Poverty and common mental disorders in developing countries*. *Bulletin of the World Health Organization* 81:609-615.

Patel et al. (2010) *Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review*. *Social Science & Medicine* 71; 517-528.

Pitt, M. (1999). Reply to Jonathan Morduch’s *Does Microfinance Really Help the Poor? New Evidence from Flagship Programs in Bangladesh*. Department of Economics. Brown University.

Pitt, M. (1999). Reply to Jonathan Morduch’s. *Does Microfinance Really Help the Poor? New Evidence from Flagship Programs in Bangladesh*. Department of Economics. Brown University.

Pitt, M.M. and Khandker, S.R., (1998) *The impact of group-based credit programs on poor households in Bangladesh: Does the gender of participants matter?*. *The Journal of Political Economy* 106 5, pp. 958–996.

Pitt, M.M. and Khandker, S.R., (1998) *The impact of group-based credit programs on poor households in Bangladesh: Does the gender of participants matter?*. *The Journal of Political Economy* 106 5, pp. 958–996.

Pitt, Mark, and Shahidur Khandker, (1995) *Household and Intrahousehold Impacts of the Grameen Bank and Similar Targeted Credited Programs in Bangladesh* World Bank, Education and Social Policy Departement, Washington. D. C.

Pitt, Mark, and Shahidur Khandker. (1995) *Household and Intrahousehold Impacts of the Grameen Bank and Similar Targeted Credited Programs in Bangladesh*. World Bank, Education and Social Policy Department, Washington. D.C.

Rahman R.I (1986) *Impact of Grameen Bank on the Situation of Poor Rural Women*. Working Paper No.1, Grameen Bank Evaluation Project. BIDS, Dhaka.

Rahman, A., (1999) *Micro-Credit Initiatives For Equitable And Sustainable Development: Who Pays?* *World Development* 27:67-82.

Schuler S.R, Hashemi S.M., and A.P. Riley. (1996) Rural Credit Programs and Women's Empowerment. *Sociology* Vol 58, Issue 1, pg 17–42.

Schuler SR, Hashemi SM, Badal SH. (1998) Men's violence against women in rural Bangladesh: undermined or exacerbated by microcredit programs? *Dev Pract.*; 8:148-157.

Schuler SR, Hashemi SM, Riley AP, Akhter S. (1996) Credit programs, patriarchy, and men's violence against women in rural Bangladesh. *Soc Sci Med.*; 43:1729-1742.

Scitovsky T., *The Joyless Economy: an inquiry into human satisfaction and consumer dissatisfaction*, Oxford University press, Oxford 1976.

Supriya Garikipati *The Impact of Lending to Women on Household Vulnerability and Women's Empowerment: Evidence from India* World Development Vol. 36, No. 12, pp. 2620–2642, 2008.

Tajfel, H.,(1981) *Human Groups and Social Categories*. Studies in Social Psychology, Cambridge University Press,.

Uhlener, C.J. (1989), ‘*Relational Goods*’ and Participation: Incorporating Sociability into Theory of Rational Action, *Public Choice*, n 62, pp. 253-258.

Woolcock M. J. V. (1999) Learning from failures in microfinance: What unsuccessful cases tell us about how group-based programs work? *American Journal of Economics and*

Yunus M., (2007) *Il banchiere dei poveri*, Feltrinelli, Milano.

Yunus M., (2008) *Un mondo senza povertà*, Feltrinelli, Milano.

Zamagni S., *Beni relazionali e felicità pubblica: uno sguardo dall’economia civile*,