

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

DOTTORATO DI RICERCA IN
Scienze Mediche Generali e Scienze dei Servizi
Ciclo XXX

Settore Concorsuale: 06/M1

Settore Scientifico Disciplinare: MED/42

Movimenti sociali e salute: una ricerca-azione partecipata

Nuove pratiche di promozione della salute all'insegna del
collettivo, del comune e della sostenibilità del pianeta

Presentata da: Chiara Francesca Bodini

Coordinatore Dottorato

Prof. Fabio Piscaglia

Supervisore

Dott.ssa Laura Dallolio

Esame finale anno 2018

A Fatima

*...que lhe posso deixar,
que conselho, que recado?
Somente a relação
de nosso comum retirar;
só esta relação
tecida em grosso tear.*

*João Cabral de Melo Neto
(1920-1999)*

Indice

Abstract.....	3
Introduzione.....	4
Premessa.....	6
1. Salute.....	8
2. Approccio interdisciplinare, ricerca(-azione) qualitativa.....	10
3. Collettivo di ricerca – ricerca di collettivo.....	14
4. Il campo, i campi.....	18
Metodologia.....	21
Entrata/esplorazioni A - Promozione della salute come produzione di collettivo.....	32
1. I mo(n)di della scienza, la scienza nel mondo.....	33
<i>La rimozione del sociale.....</i>	<i>33</i>
<i>Critiche “evidenti”.....</i>	<i>35</i>
<i>Lo sguardo antropologico.....</i>	<i>36</i>
2. Il mondo non è piatto.....	38
<i>Le cause delle cause delle cause.....</i>	<i>42</i>
<i>Attori del cambiamento.....</i>	<i>44</i>
3. La rimozione del collettivo, e la sua (ri)emergenza.....	45
4. Il collettivo come processo istituente: i movimenti sanitari in Brasile e in Italia.....	48
<i>Il campo conflittuale della Salute Collettiva.....</i>	<i>49</i>
<i>Collettivo e riforma sanitaria in Italia.....</i>	<i>51</i>
5. La produzione di collettivo nei movimenti per la salute in Italia.....	55
<i>Approcci all'analisi.....</i>	<i>55</i>
<i>Collettivo, individualità, contesti intermedi.....</i>	<i>58</i>
<i>Partecipazione, resistenza, conflitto.....</i>	<i>70</i>
Entrata/esplorazioni α - Pratiche del comune in salute.....	85
1. È il neoliberalismo, bellezza!.....	87
2. L'istituzione/le istituzioni del mercato nella salute.....	89
<i>Neoliberalismo in sanità: i piani di aggiustamento strutturale.....</i>	<i>89</i>
<i>Le ricette della Banca Mondiale e gli esiti in salute.....</i>	<i>90</i>
<i>Le trasformazioni della governance.....</i>	<i>92</i>
<i>Il ruolo dell'OMS come analizzatore.....</i>	<i>93</i>
3. Forme di riappropriazione.....	99
<i>I movimenti e il principio del “comune”.....</i>	<i>99</i>
<i>Il comune nella ricerca-azione in Italia.....</i>	<i>101</i>
<i>Le parole del comune in salute.....</i>	<i>112</i>
<i>Aspetti critici ed emergenti.....</i>	<i>122</i>
Entrata/esplorazioni @ - La salute (è) del pianeta.....	125
1. La salute ai tempi dell'antropocene.....	126
<i>L'impatto sulla salute.....</i>	<i>127</i>
<i>Nuovi approcci di salute pubblica.....</i>	<i>131</i>
<i>Per una lettura critica della salute planetaria.....</i>	<i>133</i>
2. Altri mondi, altri approcci.....	139
<i>Il paradigma del Buen Vivir e i movimenti in America Latina.....</i>	<i>139</i>
<i>Buen Vivir e salute.....</i>	<i>145</i>
<i>Buen Vivir e cambiamento sociale.....</i>	<i>147</i>

3. Un mondo da scoprire.....	151
<i>Ambiente e salute nella ricerca-azione in Italia: il ruolo dei territori</i>	151
<i>Conflitti ambientali e ricatto salute-lavoro</i>	155
<i>C'è ancora molto da fare</i>	159
Conclusioni	169
Bibliografia	172
Allegato I - Cronogramma delle attività	192

Abstract

Il lavoro prende le mosse dal progetto di ricerca-azione internazionale “*The contribution of civil society organisations in achieving health for all – CSE4HFA*”, finanziato dall'istituto canadese *International Development Research Centre* (IDRC) e portato avanti dalla rete globale *People's Health Movement* (PHM) in sei Paesi (Brasile, Colombia, India, Italia, Repubblica Democratica del Congo, Sudafrica). Obiettivo del progetto è indagare le dinamiche e i processi mediante i quali l'attivazione della società civile, indirizzata a promuovere un adeguato accesso ai servizi sanitari e ad agire sui determinanti sociali, contribuisce al diritto alla salute. Trattandosi di una ricerca-azione partecipata, il rafforzamento di tali dinamiche e processi è parte tanto degli obiettivi quanto della metodologia di indagine.

Ai fini della tesi di dottorato, il materiale raccolto e analizzato riguarda principalmente il contesto italiano, dove la ricerca-azione è stata portata avanti da un soggetto collettivo denominato Grup-pa (acronimo di Gruppo Permanentemente Aperto). Attraverso due fasi di lavoro, la prima caratterizzata dal coinvolgimento di realtà e gruppi attivi sui temi della salute e dei suoi determinanti a livello nazionale, la seconda dalla condivisione e rielaborazione dei risultati di fase uno in contesti pubblici e collettivi, la ricerca-azione – tutt'ora in corso – ha come obiettivo la costruzione di un movimento per la salute in Italia. Per la redazione dell'elaborato finale ho tratto ampio spunto da questo percorso, nonché da suggestioni provenienti dagli ambiti internazionali della ricerca-azione, al fine di esplorare tre potenziali contributi che le pratiche dei movimenti offrono al campo della promozione della salute.

La prima esplorazione – che parte dall'analisi storica dei movimenti di riforma sanitaria in Italia e in Brasile e attinge ai portati teorici della Medicina Sociale latinoamericana – riguarda l'idea di collettivo, come processo intensivo in grado di promuovere cambiamento in un senso di giustizia sociale. La seconda esplorazione si confronta con il concetto di comune, inteso come principio politico, e prova a leggere la produzione dei movimenti nei termini di creazione di nuove istituzioni. Infine, la terza esplorazione ricerca, nella salute pubblica e nei movimenti, segnali di attenzione alle profonde interrelazioni tra società umana, modi di produzione e sostenibilità ambientale, che rischiano di vanificare qualunque approccio di promozione e tutela della salute, se radicato e sostenuto da un modello di sviluppo distruttivo del pianeta.

Introduzione

*«Non suscite un generale in voi. Non delle idee giuste, giusto un'idea (Godard).»
(Deleuze e Guattari 2014)*

Negli anni del dottorato, la mia vita è improvvisamente e irreversibilmente cambiata. Ho perso una sorella-di-vita, e ho ricevuto un figlio e una famiglia allargata italo-marocchina. Se me lo avessero domandato, avrei detto che non c'era posto tra gli impegni di attivismo, professionali e accademici in Italia e all'estero, e una relazione che era già un mondo bellissimo e in lavorazione. Ma la vita non chiede il permesso, “non bussa, lei entra sicura”, come la primavera in una famosa canzone di De André.

Del mio personale più intimo non c'è traccia esplicita in questo lavoro, eppure è quello il filtro attraverso cui l'elaborato ha preso forma, e forza. Il coraggio di partire da me lo devo a Nadia, la mia compagna, che mi riporta all'essenziale da cui riesco a intraprendere strade nuove, più intense e intere. Il resto, è una mia declinazione di un repertorio collettivo, costruito in anni di sperimentazioni, riflessioni, contaminazioni e lotte in cui personale e politico sono andati progressivamente e consapevolmente sempre più insieme.

Un punto di partenza importante per leggere il testo è il suo carattere posizionato, evidente fin dall'inizio nella scelta del tema e della metodologia. La premessa che segue (da pag. 6) entra nel merito delle dovute spiegazioni, ma mi pare importante sottolineare qui che ciò che mi ha spinto a intraprendere la ricerca-azione è la volontà di contribuire a una trasformazione dell'esistente, in senso strutturale. Anche alla luce di precedenti esperienze (cooperazione allo sviluppo, lavoro clinico, volontariato, ecc.), ho progressivamente scelto di impegnarmi soprattutto in progetti “rivoluzionari”, intendendo con questo termine la ricerca di percorsi radicalmente alternativi al sistema vigente, che ritengo responsabile delle crescenti disuguaglianze (anche in salute) e dello sfruttamento inaccettabile delle persone e insostenibile del pianeta.

Non avendo finora trovato, nel campo istituzionale, spazi adeguati ad accogliere questa tensione al cambiamento, ho rivolto lo sguardo ai contesti extra istituzionali, e soprattutto al campo dei movimenti sociali che – storicamente – hanno contribuito in modo significativo alle conquiste sul piano della salute e del *welfare* (e, in tempi recenti, sono un importante strumento di pressione e monitoraggio degli impegni necessari a contenere il disastro ambientale in atto).

Dalla necessità di azione informata, più che dal campo strettamente accademico, ho imparato un'attenzione “funzionale” alle questioni metodologiche. Intendo con questo dire che la scelta del metodo non è neutra rispetto al risultato, ma anzi ne è parte strutturale. E, se l'obiettivo di interesse

è il cambiamento, la scelta del metodo “giusto” (nel senso che ne dà Mol 2002, ovvero capace di fornire modalità buone per vivere con il reale, vedi pag. 10 e 36) diviene ancora più importante. In questa luce, la ricerca-azione partecipata aveva le premesse per raggiungere contemporaneamente più scopi: porre al centro l'azione e il cambiamento, essere compatibile con un soggetto collettivo di ricerca, distribuire il sapere e la produzione di conoscenza e non separarli dal campo di pratica.

Ho scelto come riferimento l'ambito della promozione della salute, perché tra le aree della salute pubblica lo ritenevo il più aperto ad accogliere le analisi di e le riflessioni sul contesto come pertinenti e non confondenti, nonché a muoversi sul terreno interdisciplinare tanto necessario quanto carente negli approcci tradizionali alla salute. Ho dunque cercato di rintracciare, negli ambiti di movimento raggiunti con la ricerca-azione, portati (riflessioni-e-pratiche) che potessero arricchire l'approccio di promozione della salute, schiacciato nei contesti istituzionali ai minimi termini di progetti di prevenzione (quasi mai primaria) spesso settoriali ed estemporanei.

Durante il percorso di analisi, ho attinto a riferimenti teorici e culturali ampi, tanto nel senso disciplinare (salute pubblica, scienze umane e sociali) quanto in quello geografico (soprattutto dal contesto latinoamericano). C'è molta ricchezza di produzione scientifica non accessibile se ci si limita a quanto disponibile in lingua inglese, e per poter riflettere criticamente sull'esistente è necessario (anche) spostarsi fuori dai confini della sua narrazione.

Sono consapevole del fatto che il lavoro risulterà poco ortodosso, perché non rispondente ai canoni tradizionali privilegiati e riconosciuti in ambito accademico (Pappe 2017). “Va bene la ricerca-azione, però a noi interessa la ricerca-pubblic-azione!”, mi ha fatto notare un docente in sede di esame finale del terzo anno di dottorato. In linea di principio, non dovrebbe essere necessario scegliere tra l'una e l'altra. Tuttavia, le riforme che stanno trasformando l'accademia in senso neoliberale orientano sempre più la produzione scientifica al mercato, e la regolamentano valutandola con criteri bibliometrici che non contemplano parametri di qualità né tanto meno di impatto o utilità sociale. Si alimenta così un sistema autoreferenziale, poco trasparente e ancor meno indipendente, come sottolineato da numerose voci interne al mondo accademico (Hicks et al. 2015). Se, nell'università, la pubblicazione è l'unico obiettivo ed esito della ricerca (dunque, anche ciò che la preordina), significa che altri sono i luoghi e le modalità attraverso cui – in questo tempo – può avvenire il cambiamento (nel senso di maggiore salute e giustizia sociale). Indagarli, documentarli e contribuire a dar loro corpo è lo scopo principale di questo lavoro.

Premessa

«One reason for activist scholarship is obvious but worth restating: the world is in considerable need of improvement, and improvement comes in large part by means of social movements, struggles, and campaigns to change public agendas, not merely by the provision of technical expertise to those already in power.» (Calhoun 2008)

Il progetto di dottorato di ricerca (Scienze Mediche Generali e Scienze dei Servizi, XXX ciclo, Curriculum in Sanità Pubblica e Medicina del Lavoro) si è intrecciato con il progetto di ricerca internazionale “*The contribution of civil society organisations in achieving health for all – CSE4HFA*”, finanziato dall'istituto canadese *International Development Research Centre* (IDRC) e portato avanti dalla rete globale *People's Health Movement* (PHM)¹. Quest'ultimo aveva i seguenti obiettivi:

1. indagare le dinamiche e i processi mediante i quali l'attivazione della società civile, indirizzata a promuovere un adeguato accesso ai servizi sanitari e ad agire sui determinanti sociali, contribuisce al diritto alla salute;
2. valutare in che modo la partecipazione della società civile può essere resa più efficace, da parte degli stessi attori sociali così come dei decisori politici e degli enti finanziatori interessati a promuoverne l'impegno, nell'ottica del diritto alla salute.

Il mio ruolo all'interno del progetto, articolato a livello internazionale e in sei Paesi (Brasile, Colombia, India, Italia, Repubblica Democratica del Congo, Sudafrica), è stato di *co-Principal Investigator*, insieme al Prof. David Sanders (Emeritus Professor, University of the Western Cape, Cape Town, Sudafrica) e al Dott. Amit Sengupta (Global Secretariat, People's Health Movement, Delhi, India). Nell'ambito del PHM, dal 2012 svolgo il ruolo di portavoce per la regione europea e, dal 2016, di co-presidente del *Global Steering Council* (principale organo di governo del movimento) insieme al Prof. David Sanders. Queste funzioni sono svolte a titolo volontario.

L'inizio del progetto internazionale (aprile 2014) ha preceduto di pochi mesi quello del dottorato (ottobre 2014); le tempistiche sono poi procedute di pari passo ma – anche a causa di una proroga di sei mesi ottenuta dall>IDRC per consentire il pieno sviluppo delle attività in alcuni Paesi – il progetto non sarà concluso in corrispondenza del termine del periodo di dottorato. In ogni caso,

1 Il PHM è nato nel 2000 e conta oggi gruppi e realtà attive in oltre 80 Paesi. Le attività a livello nazionale e regionale sono autogovernate, in base ai principi e ai valori contenuti nella *People's Health Charter* (Carta della Salute dei Popoli), manifesto fondativo del movimento. Il coordinamento internazionale avviene mediante periodiche assemblee globali (l'ultima a Cape Town nel 2012), e incontri annuali del *Global Steering Council*, che comprende le persone nominate dai livelli regionali per fare da portavoce, nonché rappresentanze delle organizzazioni e reti affiliate. Per maggiori informazioni: www.phmovement.org.

buona parte dei materiali sono stati raccolti, mentre ciò che non sarà possibile includere sono soprattutto le valutazioni conclusive, nonché di impatto su alcuni degli obiettivi prefissati (questo era già contemplato, in quanto reali valutazioni di impatto saranno possibili solo a distanza di alcuni anni dalla conclusione delle attività).

Questa tesi di dottorato si baserà dunque su considerazioni svolte a partire da, e grazie al, mio duplice ruolo di ricercatrice nel progetto e attivista nel PHM. Da questa prospettiva originale ho potuto sia prendere parte direttamente alla raccolta e all'analisi dei dati (soprattutto, ma non solo, per quanto riguarda il contesto italiano), sia contribuire alla strutturazione di un percorso di ricerca-azione partecipata all'interno delle molteplici reti che compongono il movimento. Grazie all'utilizzo di strumenti di ricerca principalmente qualitativi, e a un costante processo di autoriflessione che si è avvalso di metodologie individuali (diario di campo) e collettive (incontri, *focus group*), ho gli elementi per sviluppare alcune argomentazioni supportate da materiale originale sui seguenti aspetti:

- la rilevanza dei contesti di auto-organizzazione e produzione “dal basso” di riflessioni e pratiche di salute per l'ambito della promozione della salute, in particolare per quanto riguarda dinamiche di partecipazione e produzione di soggettività (costruzione di collettivo);
- la “produzione di comune” come strategia di riappropriazione/riabitazione dello spazio pubblico in salute, e antidoto/alternativa alla dilagante privatizzazione (del pubblico e nel pubblico);
- il ruolo dell'approccio di ricerca-azione partecipata nello sviluppare (accompagnare) dinamiche virtuose di apprendimento, contaminazione, costruzione di alternative.

Tali argomentazioni saranno inserite in un quadro teorico e di evidenze più ampio, supportato da ricerca bibliografica e documentale, che spazia dall'approccio della determinazione sociale della salute (che comprende i determinanti sociali), alla storia della salute pubblica e delle politiche sanitarie, alle teorie sui movimenti sociali.

Parte della produzione legata alla ricerca, ma non inclusa in questa dissertazione, si può ritrovare in due pubblicazioni correlate, entrambe co-costruite con i gruppi di ricerca (rispettivamente, nazionale e internazionale) e rivolte principalmente a soggetti attivi nella società civile e non a un pubblico accademico. La prima è il rapporto conclusivo della prima fase di ricerca-azione realizzata dal gruppo di ricerca italiano (Grup-pa 2015); la seconda è un'analisi – sotto forma di manuale – delle pratiche di costruzione di movimento per la salute portate avanti nella rete globale del PHM (Bodini 2016). Coerentemente con le finalità di produzione collettiva e massima accessibilità, entrambe sono liberamente scaricabili in rete e utilizzabili con licenza *Creative Commons*.

Prima di entrare nel merito della metodologia utilizzata e delle analisi prodotte nel corso della ricerca, sono opportune alcune premesse per inquadrare la cornice di pensiero e azione che le ha generate. Posizionandomi all'interno di una scuola di dottorato in salute pubblica, sento il bisogno

di chiarire quattro aspetti che, nell'interpretazione alla base del mio lavoro, si discostano da quanto viene ritenuto "normale" nello spazio-tempo in cui opero. Si tratta di considerazioni relative al tema in oggetto (la salute), al metodo e agli strumenti di ricerca (ricerca-azione partecipata, strumenti qualitativi), al soggetto di ricerca (plurale, collettivo), e infine ai molteplici rapporti con i campi di indagine (implicazione). Spero che queste premesse, da intendere come coordinate di posizionamento, aiutino chi legge a comprendere da che punto e con quale percorso ho intrapreso l'indagine, elementi inevitabilmente intrecciati al filo che guida l'analisi e dunque parte integrante della costruzione dei risultati.

1. Salute

Quando ho presentato il progetto di ricerca per l'ammissione al programma di dottorato, uno degli aspetti critici della comunicazione con la Commissione è stata l'assenza dell'"oggetto-malattia". Un dottorato in "Scienze mediche" che non avesse per oggetto di studio una condizione patologica sembrava non rientrare tra le previste categorie del possibile. Pare dunque opportuno, brevemente, giustificare e delineare i contorni di questa scelta.

Che la facoltà (ora Scuola) di Medicina non tratti – di fatto – di salute può anche non stupire chi vede nella "sconfitta delle malattie" il ruolo principale del medico (definito però anche "professionista della salute"!)). Che il tema non sia neppure oggetto di una Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva (dicitura comunemente sostituita con "Sanità Pubblica" e, con minor frequenza, "Salute Pubblica") dovrebbe per lo meno indurre a una riflessione, visto che l'azione preventiva si esplica – a rigor di logica – in un contesto in cui la malattia non è ancora manifestata.

Ricostruire la genealogia di questo approccio, seguendo Foucault, ci riporta alla nascita della medicina clinica, agli ospedali-scuola e alla conoscenza sul corpo costruita a partire dallo studio del cadavere (Foucault 1998). Con le note implicazioni non solo in termini di delimitazione dello sguardo (al corpo; alla malattia/morte), ma di costruzione di rapporti ben precisi tra chi sa e opera (il medico) e chi è passivo-inerte (il paziente-cadavere). Di questo, e delle sue ripercussioni per esempio nella formazione medica, ho discusso estensivamente nella Tesi di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dal titolo "Il personale (medico) è politico. Salute globale e processi tras/formativi in Italia" (Bodini 2013).

In tempi recenti, si è espressa in merito anche la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG), che nel marzo 2015 ha pubblicato un breve testo (poi ripreso da alcune riviste scientifiche) dal titolo "Ripensare la formazione medica". Rispondendo alla domanda se la

formazione medica odierna sia in grado di preparare i futuri professionisti alle sfide di salute che incontreranno, le persone aderenti alla RIISG (che lavorano nei servizi, nell'università, nel terzo settore, o sono studenti) hanno individuato alcuni aspetti verso cui indirizzare “una riforma non tanto della facoltà di medicina ma dei suoi paradigmi formativi”. Tra questi, “ridurre l’iperspecializzazione per dare spazio a un “nuovo generalismo” che veda salute e malattia nel contesto dell’intera vita delle persone.” (Bodini et al. 2015).

Nell'ambito della (storia della) salute pubblica si trovano riflessioni sulla centralità della salute, a partire dall'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che la definisce “stato di pieno benessere fisico, mentale, sociale e spirituale e non solo mera assenza di malattia o infermità” (WHO 1946). Uno stato positivo dunque, su cui è possibile e importante agire non solo in relazione a una possibile patologia, presente o futura. Questa visione condiziona gli approcci di promozione della salute, che originano con Alma Ata (WHO 1978) e trovano piena espressione nella Carta di Ottawa:

«La Promozione della Salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi di assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e di migliorarla. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e, dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come una risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita; è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata solo al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere.» (WHO 1986)

In tempi più recenti, è la Commissione sui Determinanti Sociali dell'OMS che ha lavorato sul concetto di salute-benessere e sui fattori (determinanti) che la rendono possibile ovvero la deteriorano: condizioni materiali e relazionali in cui le persone nascono, crescono, vivono (WHO 2008).

Tuttavia, al di là delle dichiarazioni di principio e delle grandi direttrici strategiche, l'ambito teorico e disciplinare volto a sostanziare pratiche e interventi nel campo della salute è rimasto lontano dalle correnti principali di sviluppo della scienza medica (e relativi investimenti), e ancora di più da quello della formazione. Certo, con notevoli eccezioni, tra cui in Italia le voci di Giulio Maccacaro e Franco Basaglia, che negli anni Sessanta e Settanta apportarono contributi estremamente importanti per la strutturazione – tra le altre cose – del Servizio Sanitario Nazionale come “complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione” (L. 833 1978).

Sotto la spinta delle tendenze neoliberiste che hanno investito (anche) la salute e la sanità negli anni Ottanta e Novanta, la visione si è progressivamente ristretta verso un modello bioriduzionista orientato alla responsabilizzazione dell'individuo (anche detta, secondo le letture più critiche, *victim*

*blaming*²), che contempla tutt'al più azioni sugli stili di vita. Ci ritroviamo così oggi a dover difendere anche solo la legittimità di uno sguardo che sceglie di indirizzarsi alla salute, e ad agire per smarcare il campo da interventi che con la promozione della salute hanno poco a che fare (es. campagne antifumo, *screening* per patologia). L'intenzione non è quella di affermare una generica superiorità, o preferibilità, di tale approccio, ma rivendicarne l'utilità specifica e argomentare in favore di una sua seria presa in considerazione. Solo una volta disposti i vari argomenti, ed esaminate le relative pratiche e il loro impatto, sarà infatti possibile affrontare una comparazione tra i diversi approcci, comunque nell'ottica che più strade vadano percorse per un obiettivo complesso come quello di raggiungere un “pieno benessere fisico, mentale e sociale” degli individui e della popolazione.

A conclusione di questa rapida disamina, è bene citare che – a latitudini lontane dalle nostre – il tema della promozione (sociale) della salute è stato ripreso e sviluppato, dando nuova linfa all'ampia area della Medicina Sociale latinoamericana, che in Brasile prende il nome (e la storia specifica) di “Salute Collettiva”. L'oggetto è costruito all'intreccio tra la sfera biologica e quella sociale, e comprende lo studio dei determinanti della produzione sociale di salute e malattia e dell'organizzazione dei servizi sanitari, così come lo studio della storicità della conoscenza e delle pratiche riguardo tali determinanti (Osimo e Schraiber 2015). Torneremo in seguito su questo argomento, per la rilevanza che riveste ai fini della presente trattazione. Basti qui dire che l'ambito, con radici anche in Europa ma sviluppatosi in America Latina, e in particolare in Brasile, è stato volutamente denominato “salute”, in contrapposizione a campi pur affini come medicina preventiva (1940-50), medicina di comunità (1960), medicina sociale (1960-70) e sanità pubblica, proprio a sottolineare la centralità della salute come prodotto sociale (Osimo e Schraiber 2015).

2. Approccio interdisciplinare, ricerca(-azione) qualitativa

Come l'approccio “di salute”, anche la scelta del metodo di indagine/intervento – eminentemente qualitativo e inserito nel quadro della ricerca-azione partecipativa, necessariamente a vocazione interdisciplinare – ha destato non poche perplessità nella Commissione esaminatrice incaricata di vagliare il mio progetto di ricerca.

Benché l'interdisciplinarietà sia un concetto frequentemente citato come necessario a interpretare le sfide dei tempi (non solo da “pensatori della complessità” come Edgar Morin, ma anche nei

2 Si intende, con questo termine, la colpevolizzazione della vittima. L'espressione viene utilizzata in sanità pubblica per indicare un approccio che non prende in considerazione i determinanti di una certa situazione e si concentra sugli esiti (es. colpevolizzare chi è povero accusandolo di ignoranza, scarsa cultura e mancata attenzione agli stili alimentari, senza contemplare l'accessibilità economica e geografica di alternative salutari, nonché il *marketing* delle multinazionali del cibo, tutti determinanti estremamente importanti delle cosiddette “scelte” di vita).

processi più istituzionali di riforma e armonizzazione dell'educazione superiore³), non sempre vi è esperienza della sua pratica e – di conseguenza – piena comprensione delle implicazioni.

Nel mio percorso di formazione ho sentito presto la necessità di integrare le competenze tecnico-scientifiche fornitemi dalla Facoltà di Medicina con altri saperi, provenienti inizialmente dal mondo dell'economica, delle scienze politiche, della sociologia delle organizzazioni (per comprendere il perché del persistere di ingiustificabili disuguaglianze in salute tra Nord e Sud del mondo e il fallimento dell'approccio “sviluppista”, nonché ciò che stava accadendo ai sistemi sanitari nel decennio – gli anni Novanta – della cosiddetta “pandemia di riforme sanitarie”, R. Klein 1993). Dopo la laurea, ho affiancato al percorso di specializzazione in Malattie Infettive corsi avanzati in sociologia (delle migrazioni) e antropologia medica, spinta dall'aver sperimentato i limiti dell'approccio “umanizzante” nelle corsie di un ospedale, impossibilitata a risolvere nella relazione medico-paziente le contraddizioni insite nella struttura (e nel sapere) istituzionale.

Da esplorazioni in altri campi tutto sommato estemporanee e guidate da interessi emergenti a partire dalle pratiche (cooperazione internazionale, lavoro ospedaliero, volontariato con persone senza permesso di soggiorno), l'approccio interdisciplinare è divenuto sistematico e strutturato con la frequentazione del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna, presso cui ho completato la mia formazione specialistica in Sanità Pubblica e affrontato il percorso di dottorato. Senza perdersi nelle disquisizioni terminologiche tra multi, inter e transdisciplinarietà⁴, al CSI si è sempre praticato un approccio “orizzontale” tra saperi, non solo quelli provenienti da ambiti accademici ma anche i cosiddetti “saperi laici”, che originano dalle pratiche e dall'esperienza quotidiana. L'orizzontalità nella relazione tra saperi è la chiave per fertili dinamiche di interazione tra i diversi campi, dove gli approcci teorici non sono proposti in modo dogmatico ma piuttosto testati reciprocamente e insieme, nonché rispetto al potenziale euristico e trasformativo nei confronti delle situazioni problematiche di volta in volta affrontate.

Benché lo sviluppo dell'interdisciplinarietà presso il CSI sia avvenuto in modo organico alla crescita del gruppo, spinto dalla necessità di comprendere e agire-per-trasformare e non generato da modelli predefiniti, nuovamente troviamo nella Salute Collettiva brasiliana (il cui incontro si colloca in un momento ormai maturo della storia del CSI) un campo in cui tale approccio è teorizzato come presupposto di partenza. Nunes afferma che la Salute Collettiva è radicata nell'interdisciplinarietà, perché questo consente la produzione di una conoscenza ampia sul tema della salute. Collegato a questo c'è la multiprofessionalità, come strategia per affrontare la diversità delle azioni necessarie (Nunes 1994, citato in Osmo e Schraiber 2015).

3 I Ministri europei dell'Istruzione superiore, nella Dichiarazione di Berlino (2003), affermano “l'importanza della ricerca, della formazione alla ricerca e della promozione dell'interdisciplinarietà non solo per il mantenimento e lo sviluppo della qualità dell'istruzione superiore in quanto tale ma anche per l'arricchimento della competitività dell'istruzione superiore europea ad un livello più generale”.

4 Questi sono comunemente intesi come gradi progressivi di integrazione tra discipline: dalla semplice giustapposizione (multidisciplinarietà), al confronto e scambio di paradigmi teorici con arricchimento reciproco (interdisciplinarietà), fino alla co-costruzione di un nuovo territorio intellettuale tramite i diversi approcci disciplinari (transdisciplinarietà).

L'interdisciplinarietà, e in particolare la natura non gerarchica delle relazioni tra saperi, è anche al centro del paradigma della ricerca-azione partecipativa (PAR). Non mi dilungherò qui a descrivere l'origine e le articolazioni di tale approccio, cosa che ho fatto nella già citata tesi di specializzazione (Bodini 2013). Basterà accennare al fatto che l'epistemologia di fondo è di tipo costruttivista, o meglio relazionale. Presuppone una continuità (interdipendenza) tra teoria e pratica e tra soggetto e oggetto. L'intento non è descrittivo di una supposta realtà esterna, ma trasformativo all'interno di dinamiche intersoggettive (micro e macro-sociali) in continuo divenire.

In questo senso, la PAR è coerente con l'approccio di salute globale, che nella definizione della RIISG “abbraccia i campi della ricerca, della formazione e della pratica, e mira a generare reali cambiamenti sia nella comunità che nell'intera società, colmando il divario esistente tra evidenza scientifica e decisioni operative” (RIISG 2010). È anche in linea con quanto dice la Salute Collettiva in merito alla produzione di conoscenza, che non origina da un contatto isolato e “puro” tra ricercatore e realtà, ma accade tramite la comprensione delle relazioni che di volta in volta si vengono a istituire nei campi di ricerca-intervento, e delle norme/prassi che le istituiscono (Paim e Almeida Filho 1998). Emerge qui l'importanza del contesto nella produzione di conoscenza, intesa come processo socialmente e storicamente determinato. Riprendendo Kuhn e Rorty, Paim e Almeida Filho propongono di considerare la scienza come una pratica sociale fondata su determinati principi, esercitata in un processo di dialogo e negoziazione, e basata su un certo grado di solidarietà tra coloro che operano nella comunità scientifica (Paim e Almeida Filho 1999). Tale posizione si avvicina a quella di Annemarie Mol, che nel saggio “*The body multiple*” (un'etnografia della pratica medica) sostiene e dimostra che il metodo scientifico non è una rappresentazione passiva dell'oggetto, perché ciò che la scienza fa è costruire attivamente legami tracciabili tra un oggetto di studio e le articolazioni che intorno a esso si vengono a costruire (Mol 2002). In altre parole, nel passaggio dallo studio dell'oggetto all'articolo scientifico non si abbandona il mondo del reale per entrare in quello della teoria e del pensiero, ma ci si muove da una pratica sociomateriale (osservazione, esperimento) a un'altra (scrittura). Secondo Mol, nessuna conoscenza può essere protetta da critica, perché i metodi non sono strumenti che aprono finestre sul mondo, ma modalità di interferire con esso mediando tra un oggetto e le sue rappresentazioni. La domanda da porsi è quindi come essi mediano e interferiscono, interrogandosi non tanto sulla validità (cioè sulla capacità di rappresentare fedelmente un oggetto in quanto tale), ma sulla “bontà”: una buona conoscenza acquista il proprio valore perché fornisce modalità buone per vivere con il reale (Mol 2002).

Avendo definitivamente abbandonato il campo della presunta neutralità della scienza e del metodo, per abbracciare quello della loro costruzione storico-materiale all'interno della quale possiamo e dobbiamo – come persone che fanno ricerca – essere soggetti consapevoli, diventa forse superfluo commentare la scelta di un approccio eminentemente qualitativo. O, per lo meno, superflua la sua difesa come strada legittima e “buona” (riprendendo Mol 2002) verso la costruzione di conoscenza. Tuttavia, un recente dibattito sulle pagine del *British Medical Journal* porta a riflettere su come ci

sia ancora molto bisogno, soprattutto nel campo medico, di affrancare le metodologie qualitative da accuse di debolezza o inferiorità rispetto a quelle quantitative, accuse formulate sugli assi della qualità (scientifica), del rigore metodologico e dell'obiettività, della validità (capacità di interpretare correttamente i fenomeni), della rilevanza (impatto). La prestigiosa rivista, infatti, ha una politica estremamente selettiva nei confronti della ricerca qualitativa, argomentando i frequenti rifiuti con motivazioni legate alla bassa priorità, lo scarso valore per la pratica medica, il poco interesse da parte del pubblico di lettori e lettrici. Tutte argomentazioni contestate in una lettera aperta a firma di oltre settanta ricercatori e ricercatrici di undici Paesi, che circoscrivono il problema in questi termini: “Siamo consapevoli che (come per tutti i metodi) alcune ricerche qualitative sono di bassa qualità, scritte male, inaccessibili o irrilevanti per il pubblico della rivista. Siamo anche consapevoli che molte persone che leggono il BMJ (per non nominare revisori ed editori) possono non avere ricevuto una formazione strutturata per affrontare la lettura, conduzione o valutazione di studi qualitativi.” (Greenhalgh et al. 2016). Formulando queste osservazioni non come accuse ma come opportunità, gli autori argomentano efficacemente che pochi ambiti rilevanti per la clinica e la cura dei pazienti possono essere compresi a sufficienza solo tramite la ricerca quantitativa, e propongono di aprirsi alla multimetodologia lasciando la diatriba tra qualitativo e quantitativo – nella sua formulazione dicotomica – al passato a cui appartiene. Alla lettera di Greenhalgh e colleghi hanno fatto seguito numerosissime ulteriori risposte, in grande maggioranza a sostegno, e le argomentazioni sono state riprese – tra gli altri – da una rete di professionisti che, in tutto il mondo, svolge ricerca qualitativa e partecipata sui sistemi sanitari⁵. I 170 firmatari concordano nell'affermare che esistono barriere nella pubblicazione della ricerca qualitativa, le quali “limitano la diffusione di molti studi esemplari, e il loro contributo per la comprensione di dimensioni importanti dell'assistenza, dei servizi, delle politiche e dei sistemi sanitari” (Daniels et al. 2016). Infatti, poiché chi lavora in salute non opera nel vuoto, ma all'interno di un contesto sociale, culturale e politico, comprendere le interconnessioni esistenti (e attivamente riprodotte/trasformate) tra questi ambiti è una componente essenziale di ogni processo decisionale consapevole. Questo significa abituarsi a un'attitudine riflessiva, che è direttamente connessa alla generazione di nuove conoscenze e azioni, influenzate dalla comprensione della storia, della cultura e del contesto e incorporate nelle relazioni sociali. Definire in modo riduttivo quale ricerca, e dunque quale conoscenza, è pertinente porta – nelle parole degli autori – a una grave perdita dell'opportunità di apprendere da questa ricchezza (Daniels et al. 2016).

D'altro canto Joan Eakin, docente di sociologia in Canada all'interno di corsi di studio in salute pubblica, epidemiologia e medicina, etichetta come “trasgressiva” la pratica della ricerca qualitativa nel contesto delle scienze sanitarie, e avverte sui rischi connessi all'abbracciare superficialmente approcci multimetodologici senza avere consapevolezza delle diversificazioni epistemologiche

5 In particolare: SHAPES, un gruppo tematico all'interno di *Health Systems Global*, centrato sugli approcci orientati alle scienze sociali per la ricerca e la definizione di politiche e sistemi sanitari (<http://healthsystemsglobal.org/twg-group/6/Social-science-approaches-for-research-and-engagement-in-health-policy-amp-systems/>) ed EQUINET, una rete regionale che lavora sulla ricerca per l'equità in salute nell'Africa dell'Est e del Sud (www.equinet africa.org).

sottostanti (Eakin 2016). Come fa notare Baum, infatti, la discussione sui metodi sottende spesso una più profonda distinzione di visioni sulle modalità di conoscenza, ed è bene fare chiarezza se ci si vuole intendere sui termini della questione (Baum 1995).

Benché la ricerca qualitativa comprenda un'ampia varietà di quadri teorici, strategie e tecniche, in particolare nella sua variante costruttivista essa si differenzia dai fondamenti della dottrina della scienza positiva: obiettività, generalizzabilità, standardizzazione, verifica, replicabilità ed eliminazione o neutralizzazione dei *bias*. Applicarla all'ambito delle scienze della salute implica dunque, nelle parole di Eakin, “disturbare assunzioni scientifiche maggioritarie che sono profondamente radicate (a partire dalle scuole elementari) e introdurre una postura e una serie di pratiche che sono incongruenti con il mondo scientifico dominante che gli studenti abitano: la centralità della soggettività e della riflessività, l'interpretazione, la teorizzazione emergente anziché a priori, la molteplicità delle verità, l'esistenza di forze invisibili come il discorso e il potere, la non misurabilità di certi fenomeni...” (Eakin 2016). Torneremo su queste riflessioni nel capitolo sulla metodologia, per ora è sufficiente sostenere che l'utilizzo di approcci qualitativi, anche per l'ambito della medicina e della salute pubblica, è praticato e promosso da molti autori, i quali riconoscono la conflittualità del campo e la necessità di prendere posizione, fare chiarezza e reclamare luoghi e spazi pubblici di confronto (a partire dalle principali riviste scientifiche del settore). E unirsi a coloro che ritengono che solo un aumento della reciproca conoscenza e comprensione tra chi pratica diversi approcci può generare contaminazioni utili a una migliore valutazione delle scelte “buone” per la ricerca in salute.

3. Collettivo di ricerca – ricerca di collettivo

La terza precisazione riguarda la natura stessa del ricercatore, o nel mio caso della ricercatrice. A differenza degli altri due aspetti sopra citati, questo è quello ancora meno sviluppato (vorrei dire, compreso/tollerato) nel mondo accademico, in maniera trasversale alle discipline e, direi, anche alle posture epistemologiche, se pure con importanti differenze.

Il cuore del problema ruota intorno a due questioni: chi ha il diritto, o è legittimato, a produrre conoscenza, e in che rapporto sta con l'oggetto da conoscere. Riprendiamo dunque, in parte, il problema sollevato poco sopra. In molte discipline, tra cui quella medica in cui mi sono formata, non ci si sofferma più di tanto sulla questione, la cui soluzione appare scontata: vi è un soggetto che ricerca, è attivo, si pone domande, applica metodi; e un oggetto che passivamente viene conosciuto. Se il metodo è applicato correttamente, il riscontro sarà il “reale” o una sua approssimazione quanto più veritiera possibile. Questa postura, che può sembrare connaturata all'approccio positivista, permane invece in parte anche in aree disciplinari a matrice interpretativo-costruttivista. In questo

caso la descrizione sarà piuttosto: la conoscenza è prodotta all'intersezione tra il soggetto-ricercatore, inserito in un contesto storico, culturale, politico di un certo tipo, e il soggetto o la realtà ricercata (vedi Tab. 1). Tuttavia, resta il soggetto-ricercatore la persona intitolata a definire il campo di indagine, applicare un metodo (in questo caso, tipicamente qualitativo), e interpretarne i risultati.

	Positivismo	Costruttivismo	Partecipazione
Ontologia <i>Cos'è reale?</i>	La realtà è una sola, può essere osservata e pienamente compresa	Relativismo: le realtà locali sono co-costruite dalla società	Realtà partecipativa: la realtà è soggettiva e co-costruita; può essere conosciuta tramite l'esperienza e l'azione soggettiva
Epistemologia <i>Cos'è la conoscenza?</i> <i>Cosa possiamo conoscere del reale?</i>	Oggettiva: la conoscenza della realtà è possibile tramite l'osservazione neutrale e imparziale	Transazionale/soggettiva: la conoscenza è socialmente costruita	Soggettività critica: esperienze condivise, analisi partecipativa e azione sono utilizzate per costruire socialmente conoscenza e consapevolezza della realtà in quanto passibile di trasformazione
Metodologia <i>Come si produce conoscenza sul reale?</i>	Sperimentale: osservazione e metodi di verifica delle ipotesi	Ermeneutica/dialettica: tramite significati condivisi e costruzione sociale	Partecipazione politica in ricerca-azione collaborativa; priorità al pratico; radicata nell'esperienza condivisa

Tab. 1: Diverse concezioni della realtà e degli approcci alla conoscenza (adattato da: Loewenson et al. 2014).

Benché le posizioni, descritte per sommi capi, si differenzino nella concezione ontologica sulla realtà ed epistemologica sul processo conoscitivo, esse restano vicine per tre aspetti: in primo luogo, l'esistenza di un ricercatore individuale; in secondo luogo, l'unilateralità nel concepire il rapporto di produzione della conoscenza, e nell'attribuire la legittimità di farlo proprio. Infine, il fatto che in entrambi i casi il giudizio di validità viene espresso dai pari, rappresentando più considerazioni di "coerenza interna" (alla disciplina, al metodo) che un reale confronto con l'ambito indagato (Greenwood 2008).

Non è mia pretesa svilire qui, in poche righe, dibattiti che in alcuni ambiti disciplinari (filosofia, sociologia, antropologia) hanno occupato pagine di libri e decenni di storia. Vorrei pertanto circoscrivere la riflessione alle circostanze che, nel caso del lavoro in oggetto, si (e mi) situano in posizione eccentrica rispetto a quanto fin qui descritto.

La prima questione è quella del ricercatore individuale. Dall'inizio della mia esperienza al CSI, infatti, la situazione è stata piuttosto quella di un soggetto collettivo di ricerca. Provenendo da diversi ambiti disciplinari e professionali, primariamente di area medica e antropologica, era la ricchezza dello scambio e del dibattito, e la lettura e discussione "incrociata" dei rispettivi quadri teorici di riferimento, a produrre la matrice di pensiero e analisi che nutriva la ricerca. In aggiunta a ciò, lo stesso processo di analisi e scrittura dei risultati era collettivo, facilitato dalla crescente digitalizzazione e virtualizzazione dei supporti materiali, e dalle numerose possibilità di collaborazione da remoto in tempo reale (documenti e *database* condivisi). Vorrei esplicitare che quanto descritto prescinde dalle metodologie di indagine adottate, che potevano di volta in volta essere di tipo quantitativo, qualitativo, o combinato. Questo processo si è sempre inserito in maniera

“obliqua” e difficoltosa nelle prassi accademiche, con problemi e resistenze ogni volta che era necessario attribuire o distribuire meriti individuali, a partire dalla firma dei lavori scientifici. Non era tanto la questione di trovare un accordo formale o strategico, quanto quella di non veder riconosciuto un processo collettivo che aveva valore in quanto tale (nel senso di produrre altro rispetto alla sommatoria dei contributi individuali).

L'esperienza maturata al CSI è proseguita e si è accresciuta nei contesti di collaborazione nazionale e internazionale, e molti dei prodotti della ricerca-azione oggetto di questa tesi (un esempio fra tutti, il rapporto della prima fase del progetto italiano, Grup-pa 2015) sono lavori interamente collettivi (dalla decisione dell'ambito di ricerca, alla scelta e costruzione dei metodi, all'analisi, alla rielaborazione scritta dei risultati). Si potrà obiettare che questo è il caso per molta della produzione scientifica, e che si tratta anzi di una situazione che – riconosciuta o meno – è assai più frequente rispetto al caso di ricercatori completamente isolati e autonomi. Tuttavia, nella mia pur limitata esperienza non ho incontrato – fatto salvo per alcuni lavori nell'ambito della ricerca-azione partecipata – contesti in cui l'intera costruzione del processo di ricerca è di matrice collettiva e a piena partecipazione, intendendo con questo l'assenza di gerarchie, o la continua rimessa in discussione delle gerarchie che inevitabilmente si vengono a creare sugli assi del genere, dell'età/esperienza, del ruolo professionale, dei saperi, della competenza tecnica, della disponibilità di tempo, della situazione materiale di vita, eccetera. Inoltre, vorrei sostenere che il fatto di riconoscere, anzi esplicitare, il processo di partecipazione è un passaggio importante non solo di onestà intellettuale, ma anche di valorizzazione dell'intelligenza collettiva, che ha importanti proprietà in termini di generatività di pensiero e democratizzazione del sapere. Il processo non prevede un appiattimento delle conoscenze o una rinuncia alla messa in gioco di competenze specifiche patrimonio delle singole persone (e ambiti disciplinari), ma un loro utilizzo in modo non dominante. Se in alcuni casi questo può portare a livelli di analisi meno elaborati sotto un profilo teorico, ciò viene compensato da una maggiore rispondenza del risultato al processo collettivo che lo ha generato, che si traduce in un'aumentata diffusione del sapere e in una sua maggiore prossimità al punto di utilizzo. Per descrivere questo processo, Greenwood fa riferimento al concetto aristotelico di *phronesis* (conoscenza collaborativa), come alternativa – non oppositiva – agli altri modi di conoscenza teorica (*epistème*) e pratico-applicativa (*téchne*). Nelle sue parole, la *phronesis* implica “la creazione di uno spazio nuovo per la riflessione collaborativa, l'integrazione di molti tipi di conoscenza, la creazione di collegamenti tra il generale e il particolare attraverso l'azione e l'analisi, e il disegno collaborativo sia degli obiettivi che delle azioni per raggiungerli. Si tratta di una pratica in cui tutte le persone coinvolte, esperti di ricerca e collaboratori locali, sono legittime portatrici di conoscenza e di diritti nella determinazione dei risultati.” (Greenwood 2008). Nel considerarla la base intellettuale della ricerca-azione, l'autore ne sottolinea le proprietà come “modalità di creazione di conoscenza contestuale, teorizzazione, analisi e azione in cui gli obiettivi sono decisi in forma democratica, l'apprendimento è condiviso, e il successo è valutato collettivamente” (Greenwood 2008).

La questione ci porta al secondo punto in discussione, ovvero quello del rapporto tra conoscente e conosciuto e della validazione della conoscenza. In questo caso, l'approccio della ricerca-azione partecipata aiuta a inquadrare bene il campo. In estrema sintesi, si tratta di situare la centralità del processo conoscitivo laddove si sperimentano e vivono determinate problematiche che vanno comprese e affrontate, e a partire dalle pratiche messe in atto per affrontarle. Ribaltando l'assioma di “conoscere per cambiare il mondo”, che subordina l'azione all'applicazione di conoscenze preformate, si tratta qui di “conoscere dal o tramite il cambiamento”, mettendo dunque al centro il processo agentivo come fonte principale di conoscenza (Loewenson et al. 2014). Due elementi mi preme sottolineare di questo processo: il primo è la dimensione orientata alla pratica e al cambiamento. Non perché si svaluti la teoria, che inevitabilmente (e utilmente) entra nel processo di definizione del problema e costruzione dell'analisi, ma perché si sceglie di dare priorità alle dinamiche di trasformazione orientate alla giustizia sociale. L'approccio infatti, e non a caso, ha radici importanti nella pedagogia degli oppressi di matrice freiriana e nelle lotte di liberazione in Africa e America Latina. Proprio perché l'attenzione è alle possibilità di cambiamento, vengono esplicitamente prese in considerazione le dimensioni tramite cui potere, privilegio, interessi personali, ideologie e visioni limitate possono rinforzare le forme sociali esistenti, e impedire una trasformazione nel senso dell'equità. E proprio perché, al contrario, gli approcci tradizionali tendono ad assumere il mondo per come è e ad analizzarlo da posizioni “neutrali” che non contemplano l'azione, essi non riconoscono il ruolo di questi fattori e finiscono per affermare l'attualità come necessaria (Hale 2008).

Il secondo elemento di attenzione torna sull'idea del collettivo, ma ampliando il concetto alla sua massima dimensione. Non un collettivo realizzato tra chi ha come occupazione principale, per ruolo o professione, la ricerca, ma tra tutte le persone che prendono parte all'esercizio conoscitivo per e tramite l'azione e il cambiamento. Come vedremo in seguito, l'esperienza di ricerca-azione all'origine di questa tesi si colloca in una situazione ibrida tra le due situazioni, con partecipazione attiva tanto di persone inserite nell'ambito accademico (con diversa estrazione disciplinare), quanto di altre che abitano altri ruoli e spazi, accomunate da una posizione attivista nei confronti della salute.

Quest'ultima notazione, in riferimento al concetto politico di attivismo, merita una spiegazione, che articolerò in riferimento a ciò che in inglese viene denominato “*activist scholarship*” (Hale 2008). Si identifica così la postura di chi si muove tanto nello spazio accademico quanto in quello politico, costruendo sinergie e alimentando interazioni mutualmente favorevoli: una ricerca che produca cambiamento (nel senso della giustizia sociale), e che sia informata da (e alimenti) quanto di interessante e innovativo si genera nei contesti sociali. E che, nel farlo, punta a una coerenza, tradotta da un lato in rigore metodologico sotto il profilo scientifico (esplicitazione delle relazioni di volta in volta istituite tra idee, metodi e risultati), dall'altro in una posizione di solidarietà e mutualità nei confronti dei contesti sociali implicati. Al centro, la produzione di conoscenza “critica”, dove il riferimento non è alla mera critica dell'esistente, ma a un atteggiamento

intellettuale volto a comprendere come le cose potrebbero essere differenti e perché gli schemi di conoscenza in uso non riconoscono tutte le possibilità esistenti. In altre parole, si tratta di unire alla comprensione del perché le cose siano in un certo modo quella di come potrebbero essere altrimenti (Hale 2008).

La questione del rigore metodologico è particolarmente rilevante, poiché questo tipo di approccio alla ricerca viene comunemente e frequentemente delegittimato con accuse di strumentalizzazione politica e mancanza di obiettività. Al contrario, proprio l'esplicitazione del posizionamento politico e la riflessività che necessariamente deve accompagnare il processo di ricerca (vedi oltre sul tema dell'implicazione) pongono le basi per una maggiore trasparenza nel trattare la questione del rigore, senza nascondersi dietro la validità "universale" del metodo né minimizzare le contraddizioni e problematicità coinvolte. Nelle parole di Hale, "i metodi dell'*activist scholarship* incorporano una dimensione politica, che gli autori affermano ed esplorano criticamente; questa esplicitazione, lungi dal rappresentare un'ammissione di '*bias* politico', è un passo verso una maggiore riflessione sulle implicazioni che legano ricercatore e soggetto e, di riflesso, verso un maggiore rigore metodologico" (Hale 2008). A scanso di equivoci, esplicito che questo non va considerato come un dato di fatto, ma come una variabile di volta in volta da esplorare e con cui implicarsi al fine di formulare giudizi (pertinenti, e non a priori) di merito.

Infine, sulla questione della validità, l'impostazione collettiva della ricerca – come nella ricerca-azione partecipata e nell'*activist scholarship* – si avvale di una dimensione che è preclusa a molti altri approcci, o meglio a cui altri approcci non si concedono, ovvero quella della valutazione da parte di chi è direttamente coinvolto. Un test di significatività, secondo Greenwood, particolarmente sensibile perché implica che chi è più coinvolto abbia sufficiente fiducia nei risultati della ricerca da mettere a rischio proprie dimensioni personali (di vita, lavoro, impegno...) nel metterli in pratica, cosa che raramente si verifica per chi svolge il solo ruolo di professionista della ricerca (Greenwood 2008).

4. Il campo, i campi

Il progetto di ricerca-azione CSE4HFA è stato concepito in seno al PHM, con il duplice scopo di generare conoscenza all'interno e a partire dalle pratiche di movimento, e di rafforzare quelle stesse pratiche (sia direttamente tramite il processo di ricerca-azione, sia indirettamente offrendo a decisori, enti finanziatori e società civile strumenti conoscitivi).

Due considerazioni alla base di questa scelta:

- la convinzione (fondata nell'analisi storica e politica) che nei movimenti “dal basso” della società civile ci sia grande potenziale per il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, in un senso di equità e giustizia sociale;
- la certezza che ciò che non si conosce e non si racconta resta invisibile e ai margini della co(no)scienza collettiva (Santos 2011).

Come persona facente parte del PHM (portavoce per la regione europea e co-presidente del *Global Steering Council*), nonché per il mio profilo accademico, mi è stato chiesto di affiancare due altre persone nella conduzione del progetto. La decisione di accettare ha coinciso con la mia ammissione alla scuola di dottorato, ed è stato naturale pensare di far coincidere i percorsi di ricerca.

Da quel momento, la storia del progetto – come azione collettiva e ricorsiva – ha dato forma al mio percorso individuale. Naturalmente, questa è stata una scelta: mettere la mia disponibilità a servizio di un più ampio processo, anziché tentare di conformarlo ai miei fini specifici. Guardando più in profondità, i miei fini erano esattamente quelli di vedere il processo svilupparsi all'interno delle trame di relazioni che costituiscono il movimento, e ne rappresentano la “portanza”, come ho scritto nel diario di ricerca all'inizio del progetto:

«La tensione di trovare forme di agire collettivo adatte e funzionali ai tempi e al tempo stesso realmente trasformativo è, a mio modo di vedere, una domanda centrale della ricerca. In maniera più trasversale ed embricata, l'intero progetto e, più nello specifico, la stessa 'progettualità' mi accompagna nella sperimentazione di una costruzione verso il futuro che è intenzionale ma non sacrifica l'oggi, anzi dall'essere a pieno nell'oggi trae la sua stessa origine e la sua potenzialità.» (Diario, luglio 2014)

Ecco dunque che l'oggetto di ricerca assume (almeno) due piani distinti. Da un lato, come il processo (di ricerca-azione) si è sviluppato all'interno dei movimenti che vi hanno preso parte. Questo percorso è per me analizzabile soprattutto nel campo italiano, quello che ho seguito più da vicino, nonché nelle dinamiche insite al movimento nelle sue componenti di coordinamento internazionale. Non mi è possibile, invece, dare conto dei processi negli altri Paesi partecipanti, perché di quelli ho solo resoconti indiretti e parziali. L'altro piano è quello della conoscenza prodotta attraverso il processo di ricerca-azione, ovvero nell'incontro tra il movimento-soggetto e le realizzazioni dello stesso movimento o di altri movimenti per la salute.

I due piani sono strettamente intrecciati nella spirale metodologica della ricerca-azione, che presuppone una continua ricorsività tra “esplorazioni” di/in ambiti esterni e riflessività del gruppo soggetto della ricerca, che da lì partirà per nuovi cicli di azione. I piani sono anche tenuti insieme dalla mia persona e dalle molteplici implicazioni che mi legano al campo.

Alla luce di quanto esposto prima in relazione alle dinamiche di produzione di conoscenza – secondo una visione posizionata, collettiva, partecipata e orientata a/informata dall'azione – esplicitare il e riflettere sul proprio posizionamento rispetto al campo, o ai campi, di indagare-

intervento è un presupposto fondamentale del rigore metodologico a cui si punta. Il concetto di implicazione, sviluppato dall'analisi istituzionale a partire dal controtransfert psicanalitico, ovvero “la somma delle distorsioni della percezione e delle reazioni dell'analista verso il paziente” (Devereux 1984), risulta particolarmente utile a questo scopo. Sottolineandone la valenza metodologica, l'analisi istituzionale pone l'implicazione tra gli elementi costitutivi del processo di conoscenza, essenziale nel lavoro di ricerca-intervento: qualcosa a cui prestare molta attenzione per discernere (ma non separare) e comprendere anche tramite il proprio vissuto.

Guardando anche al di fuori dell'ambito relazionale, Lourau indica le dimensioni dell'implicazione sui piani materiali (esistenziali) nel campo di intervento e distingue diversi livelli: l'oggetto di ricerca-intervento; l'istituzione della ricerca (compreso il gruppo di ricerca-intervento); la committenza e la domanda sociale; l'epistemologia del proprio campo disciplinare; la scrittura e tutti gli altri mezzi utili nell'esposizione della ricerca (Lourau 1999). Su tutti questi piani, si producono delle “interferenze” tra quelli che, secondo l'autore, sono il campo di intervento e il campo di analisi. Il primo comprende l'insieme di mobili, immobili e persone le cui relazioni spazio-temporali e gerarchiche sono regolate da un organismo implicito e permettono il definirsi di un interno ed esterno; il secondo, invece, è un insieme non chiuso di nozioni che servono a descrivere il campo di intervento. Mentre il campo di intervento può essere arbitrariamente definito e giustificato, ciò non vale per il campo di analisi che “si costruisce in una dinamica sociale e contemporaneamente costruisce il campo di intervento” (Lourau 1999).

Ciò che la teoria dell'implicazione propone, dunque, non è solamente la necessità di tenere in considerazione la soggettività del ricercatore “situato e datato” nella costruzione del soggetto della ricerca (Bourdieu 2003), ma una prospettiva metodologica rispetto ai processi di produzione di conoscenza, un’“implicazione epistemologica” come la definisce René Barbier (Barbier 2008). Una proposta che interroga soprattutto lo statuto politico della neutralità scientifica e il riconoscimento della legittimità degli attori “profani” (i non esperti) nella produzione della conoscenza rispetto alla propria condizione (Boumard 2012).

Metodologia

«In fondo, il problema è di natura epistemologica: si tratta di come, quando e dove è possibile conoscere. Il momento della rivolta è quello che porta alla luce una società altra, che torna a passare inosservata quando la ribellione si scioglie. Prendere questo momento come asse epistemologico suppone un comprendere in movimento, negli spazi della rivolta, nei loro tempi...» (Zibechi 2015)

In questo capitolo, cercherò di descrivere nel modo più lineare e chiaro possibile il processo che mette in relazione alcuni assunti (ipotesi) della ricerca, la metodologia messa in atto per agirli e indagarli, e i risultati esposti in questo lavoro.

I punti di partenza sono già stati accennati nelle premesse, ma tornerò qui a elencarli per maggiore chiarezza:

1. La ricerca-azione parte da una posizione situata, perché immaginata e disegnata all'interno di un movimento sociale (il PHM), e condotta da persone – tra cui la sottoscritta – che ne fanno parte.
2. Per la natura situata, e per la metodologia scelta (ricerca-azione), produrre cambiamento non è solo un fine ma un metodo di generazione della conoscenza, assume dunque valenza epistemologica. Lo stesso vale per le numerose implicazioni che legano le persone coinvolte nella ricerca (a vario titolo) ai processi e agli obiettivi della stessa.
3. L'ipotesi di partenza, fondata sull'analisi storica e politica del campo di trasformazione delle politiche sanitarie e dei diritti, è che nei movimenti “dal basso” ci sia un potenziale di cambiamento e costruzione di nuove idee, pratiche, visioni che non è sufficientemente analizzato, valutato e preso in considerazione.

Un commento su queste premesse riguarda la loro coerenza interna, il cui aspetto “ombra” è il rischio di autoreferenzialità. Due sono le vie principali per arginare tale rischio: da un lato, esporre con trasparenza e rigore il processo a uno scrutinio esterno (come è il caso di questo lavoro, e di tutte le pubblicazioni connesse alla ricerca, di taglio sia divulgativo che scientifico); dall'altro, verificare sul campo la tenuta delle azioni messe in atto, da parte delle stesse persone che hanno contribuito a immaginarle e che continuamente le valutano perché sono parte integrante del loro impegno trasformativo.

Per quanto riguarda la metodologia della ricerca-azione, a grandi linee già tratteggiata, si tratta ora di capire come è stata messa in atto. La descrizione non è semplice perché i livelli sono molteplici e

tra loro interrelati. Il primo livello è quello internazionale, dove il progetto è stato concepito e dove ne risiede il governo (gruppo internazionale di ricerca, composto dai tre *co-Principal Investigator*, da altre figure chiave del movimento, nonché da esperti internazionali in ricerca qualitativa e ricerca-azione in salute come Fran Baum⁶ e Ron Labonté⁷). Questa articolazione – che ha lavorato principalmente in modo virtuale (chiamate e documenti collaborativi online), fatta eccezione per due incontri di persona a Cape Town (luglio 2014) e Vancouver (novembre 2016) – è stata in costante relazione con gli organi di governo del movimento, in particolare il *Global Steering Council*. Questo ha consentito di mantenere ampia la partecipazione e soprattutto di minimizzare la distanza tra le elaborazioni teoriche (a partire dalle pratiche) e il luogo dove le pratiche vengono condivise, se ne discutono le implicazioni e l'impatto, e si avvia una nuova pianificazione. Naturalmente esistono diversi limiti in questa articolazione, ne segnalo alcuni:

- il progetto, nella sua formulazione presentata all'ente finanziatore, è dovuto sottostare a diversi compromessi e mostrare una veste “scientifica”⁸ che non sempre era armonica con i principi della ricerca-azione partecipata: in un contesto ideale, senza vincoli ideologici e finanziari, non ci sarebbe dovuta essere una separazione tra gruppo di ricerca e organi di governo del movimento;
- le tempistiche imposte al progetto hanno rappresentato un limite importante, che è stato “stirato” il più possibile con la richiesta di proroghe non onerose (aumento dei tempi senza modifiche al finanziamento); ciò nonostante, i tempi di una ricerca-azione partecipata sono un terreno importante di negoziazione e controllo da parte dei soggetti coinvolti (anche, pragmaticamente, perché devono rispettare le disponibilità di persone che partecipano in aggiunta agli impegni lavorativi, familiari e di vita), che mal si coniuga con scadenze preordinate e poco o per nulla flessibili;
- un altro vincolo temporale, specchio del precedente, è quello istituito all'interno del movimento stesso, laddove alle tappe necessarie alla ricerca (per esempio, scrittura e condivisione dei risultati) si sostituivano priorità di azione (per esempio, campagne di *advocacy* come quella realizzata intorno al 7 aprile, giornata mondiale della salute); benché la ricerca-azione punti a tenere le cose insieme, è indubbio che in particolare la fase di scrittura – soprattutto se in forma accademica – può essere percepita, dall'interno del movimento, come un compito che assolve più a scopi imposti dall'esterno che a scelte interne (che porterebbero ad accontentarsi di materiali anche più “grezzi”, come documenti

6 Docente alla *Flinders University* (Australia) e parte della Commissione dell'OMS sui Determinanti Sociali di Salute; autrice di numerose pubblicazioni su equità in salute, salute e mercato, determinanti sociali di salute, metodologie qualitative in salute.

7 Docente alla *University of Ottawa* (Canada), presidente del *Globalization Knowledge Network* per la Commissione OMS sui Determinanti Sociali di Salute, autore di testi di riferimento sulla promozione della salute e di numerosissime pubblicazioni sull'impatto della globalizzazione sulla salute.

8 Le virgolette sono in riferimento alle riflessioni sopra riportate su cosa viene considerato “scientifico” negli ambienti di ricerca tradizionali, che – come spero di aver argomentato a sufficienza – non necessariamente equivale a una rispondenza a criteri di rigore metodologico e validità di risultato.

di lavoro o verbali, o prediligerebbero forme di restituzione più accessibili come video o infografiche, spesso considerate “non scientifiche” e dunque insufficienti a dimostrare la credibilità e validità del progetto);

- la necessità di lavorare a partire da contesti sociali, culturali, disciplinari e anche linguistici differenti ha posto notevoli problematiche nel livello di integrazione dei materiali e sviluppo collaborativo del piano riflessivo; la traduzione dei materiali in lingua inglese (a partire da francese, spagnolo, portoghese, italiano), per altro non sufficientemente coperta dal finanziamento, ha comportato un notevole allungamento dei tempi e anche una perdita nella ricchezza dei dati; inoltre, la scelta – di fatto obbligata – dell'inglese come lingua comune ha limitato la partecipazione delle persone che non la padroneggiano.

In parallelo al piano internazionale, altri cicli di ricerca-azione si sono sviluppati a livello dei Paesi e delle regioni. Rispettivamente, Sudafrica e Repubblica Democratica del Congo per la regione africana, Italia per la regione europea, Brasile e Colombia per il Sud America, India per l'Asia. Il lavoro a livello dei Paesi si è svolto in base a linee guida co-costruite insieme al gruppo internazionale di ricerca, che prevedevano la conduzione di interviste semistrutturate a realtà di movimento per indagarne cinque ambiti di azioni e pratiche: 1) Campagne e *advocacy*; 2) Processi di costruzione dei movimenti; 3) Generazione e condivisione dei saperi; 4) Formazione nei movimenti; 5) Attori della salute globale. Lo sguardo non era limitato alle attività del PHM, ma poteva spaziare verso tutte quelle realtà che si occupano di salute e dei suoi determinanti, e agiscono in un senso di giustizia sociale. Per quanto riguarda le forme di attuazione della ricerca, i gruppi PHM nei Paesi erano liberi di organizzarsi come ritenevano più funzionale al risultato che, come ampiamente sottolineato, era sia di produrre conoscenza sia di rafforzare le pratiche esistenti.

Il progetto si è svolto in due fasi (vedi Fig. 1). Una prima fase dedicata all'esplorazione di gruppi e movimenti attivi nell'ambito della salute, e dei progetti globali del PHM, secondo i cinque assi tematici descritti; una seconda fase di monitoraggio dei cambiamenti messi in atto alla luce dei risultati della prima fase.

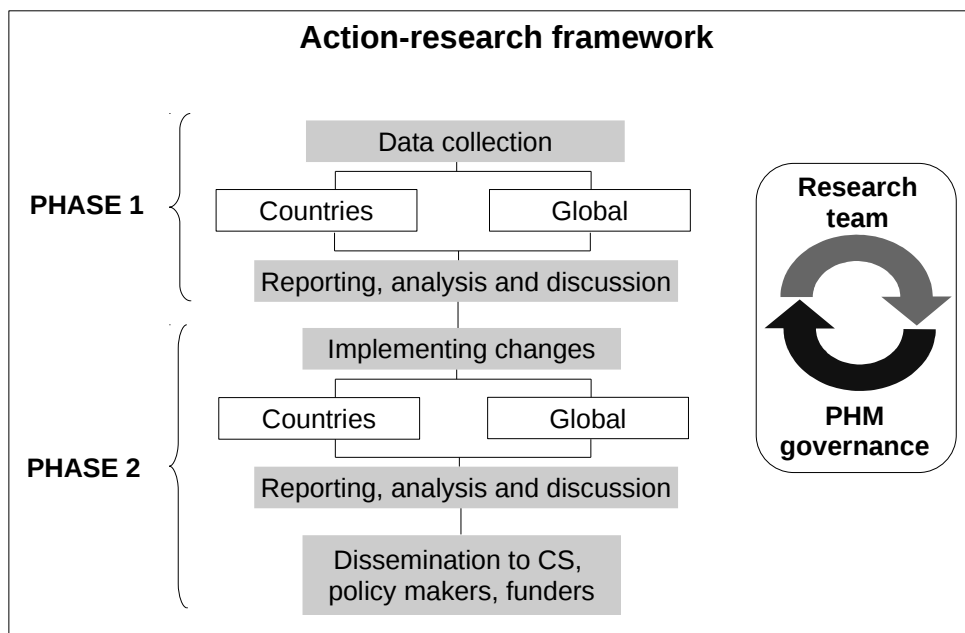


Fig. 1: Le fasi della ricerca-azione.

La spirale della ricerca-azione (vedi Fig. 2) era dunque pensata, strutturata e articolata intorno alle attività centrali del PHM, ma integrando una fase ampiamente esplorativa con la duplice finalità di apprendere da altre esperienze e di offrire un'opportunità di intreccio di nuove alleanze e sinergie.

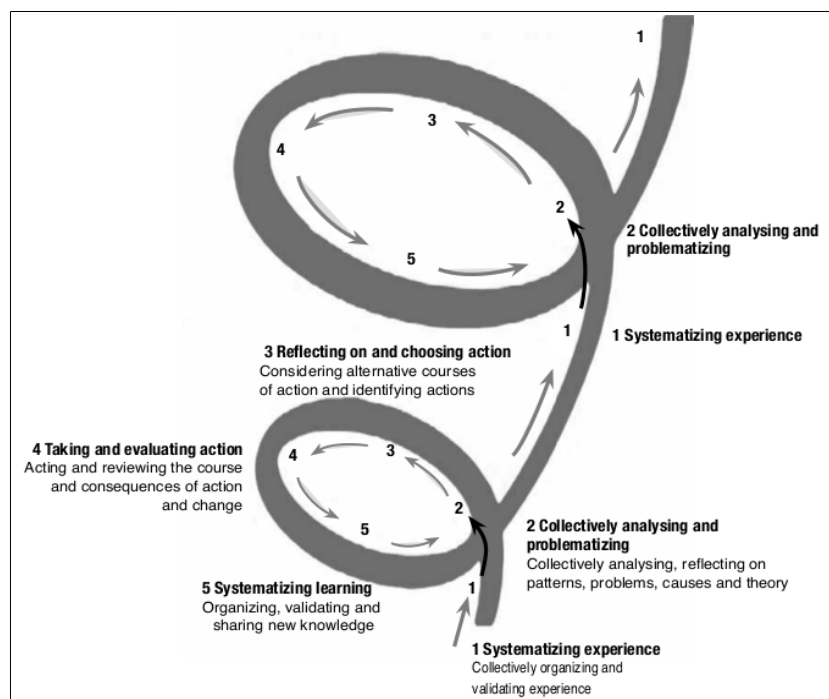


Fig. 2: Il processo spirale e ciclico della ricerca-azione partecipativa (Loewenson et al. 2014).

Ciò che è avvenuto durante la prima fase, previsto e in qualche misura auspicabile ma con cui è stato difficile fare i conti, è che i percorsi nei singoli Paesi si sono notevolmente differenziati. Questo da un lato è un segno che la ricerca-azione ha risposto ai criteri di centralità del soggetto di ricerca (nel nostro caso, i gruppi del PHM a livello dei Paesi), che deve essere in controllo del processo. D'altro canto, ha posto non pochi problemi in termini di coerenza generale a livello internazionale. Tanto che, nella sintesi di fase uno, è stata data grande rilevanza al processo organizzativo interno (come fonte di conoscenza sulle diverse modalità di lavoro dei gruppi del PHM, a seconda del loro posizionamento più prossimo ad ambienti accademici-strutturati, o ad organizzazioni non governative, o a realtà di base auto-organizzate), emerso come dato a sé alla cui luce leggere anche gli esiti in termini di interviste e analisi dei più ampi processi di movimento.

Mentre scrivo, devono ancora pervenire dai Paesi i rapporti della seconda fase, e nei prossimi mesi avverrà – alla luce di quelli e delle ulteriori analisi in corso sulle attività globali del PHM – una riflessione conclusiva dell'intera ciclicità del progetto (durato complessivamente quattro anni). Posso però sviluppare ulteriori considerazioni su ciò che è avvenuto nel contesto italiano, che mi ha visto direttamente e interamente coinvolta e che – in gran parte – è stato il terreno in cui ho costruito le analisi esposte in questa tesi.

Come ampiamente dettagliato nel rapporto di fase uno (Grup-pa 2015), il soggetto di ricerca in Italia è stato un gruppo autocostruitosi sulla scia di reti esistenti che riflettevano e lavoravano nell'ambito della salute globale (maggiori dettagli su questo processo sono riportati nella mia tesi di specializzazione, Bodini 2013, e ripresi a pag. 55 e seguenti). All'interno di questo gruppo, la mia posizione è stata di persona alla pari con le altre persone partecipanti, e costruire e mantenere tale ruolo è stato un atto esplicito e intenzionale. L'unica funzione in cui ho mantenuto inevitabilmente un controllo maggiore è stata quella di raccordo con il gruppo internazionale, funzione che ho cercato di esercitare in attitudine di servizio e portavoce delle istanze nazionali. Non sempre è stato facile, soprattutto quando i miei obblighi come *co-Principal Investigator* (per esempio, rispettare le scadenze) entravano in conflitto con le decisioni, le difficoltà o le inevitabili latenze del gruppo di ricerca italiano. Il fatto che si trattasse di un gruppo avvezzo all'autoriflessione e al lavoro esplicito sulle implicazioni di ogni persona ha aiutato a mantenere visibile e accessibile il piano degli interessi e dei bisogni, e a far sì che non si creassero delle zone di chiusura o appropriazione del processo collettivo.

Come già accennato, il lavoro nel gruppo di ricerca italiano è stato altamente collaborativo. Nello spirito della ricerca-azione, che punta all'inclusione e alla piena partecipazione delle persone, sono stati sviluppati strumenti di condivisione e analisi non solo verbali anche per la presa di decisioni⁹. Negli incontri residenziali che hanno scandito il funzionamento del progetto, ai tradizionali metodi di analisi del testo sono stati affiancati momenti performativi, dove strumenti del teatro o dell'arte sono stati utilizzati per un'accessibilità diversa, anche emotiva e corporea, ai contenuti della ricerca.

9 Molti di questi strumenti, derivati in parte dalla metodologia del consenso, sono descritti nel rapporto di fase uno della ricerca-azione italiana (Grup-pa 2015).

Per mantenere attiva ed esplicita l'analisi delle implicazioni sono stati creati strumenti *ad hoc*, come un diario di analisi collettivo, momenti dedicati di riflessione sul processo durante gli incontri residenziali (registrati, trascritti e analizzati collettivamente), approcci ispirati alla socioanalisi narrativa e alla metodologia dell'ascolto attivo per la condivisione delle difficoltà e dei percorsi individuali all'interno del gruppo. Inoltre, l'analisi testuale delle interviste è stata svolta in più fasi, per aumentare gli sguardi e i contributi e al tempo stesso favorire il controllo e l'appropriazione del processo, come illustrato nello schema riportato in Fig. 3. Infine, anche gli aspetti materiali della partecipazione sono stati presi in considerazione, ed è stato realizzato un dispositivo economico volto a redistribuire in modo equo le spese di partecipazione agli incontri residenziali (viaggio, vitto e alloggio), non altrimenti sostenibili per tutte le persone.

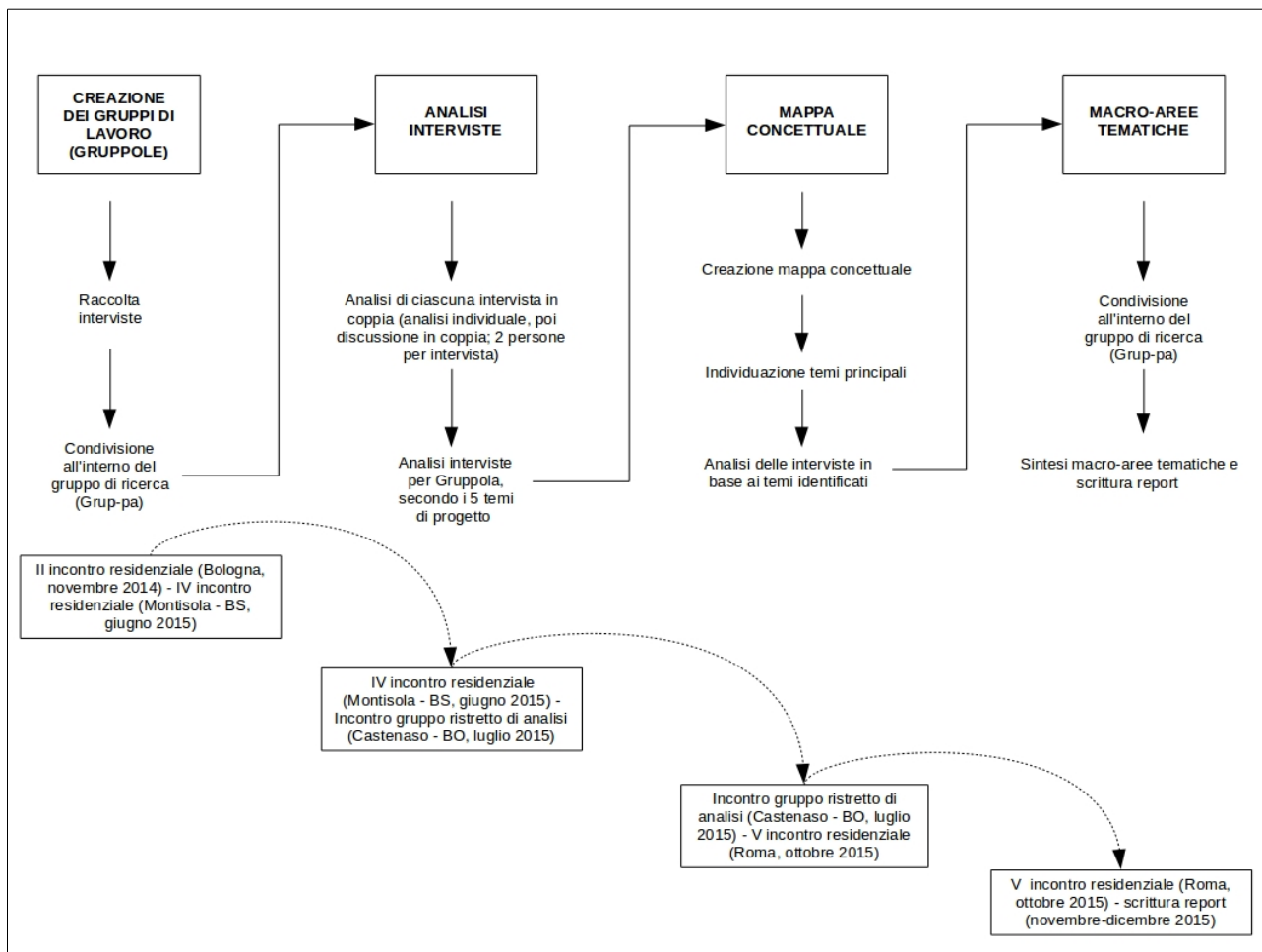


Fig. 3: Il processo di analisi collettiva della prima fase di ricerca-azione in Italia (Grup-pa 2015).

Dall'inizio del progetto a oggi, le attività realizzate dal gruppo di ricerca sono state:

- Fase 1 – realizzazione di ventinove interviste semistrutturate a realtà di movimento (gennaio-giugno 2015); organizzazione di un incontro pubblico / intervista collettiva a figure storiche del movimento di medicina critica italiana (aprile 2015); sei incontri nazionali per la costruzione degli strumenti di ricerca e dell'analisi condivisa (ottobre 2014-dicembre 2015); scrittura del rapporto di fase uno (Grup-pa 2015).
- Fase 2 – organizzazione di tre incontri pubblici di ricondivisione e rielaborazione dei risultati di fase uno con le realtà coinvolte nella ricerca-azione (Bologna, aprile 2016; Napoli, giugno 2016; Roma, maggio 2017); organizzazione di un incontro di confronto e condivisione della ricerca-azione a livello europeo (Bruxelles, aprile 2016); sei incontri nazionali di analisi, discussione, programmazione (settembre 2016-dicembre 2017); valutazione e scrittura del rapporto di fase due (in corso).

A questo, si è affiancata la partecipazione agli incontri internazionali di progetto (Bangkok gennaio 2016, Vancouver novembre 2016, Bangkok gennaio 2017) e l'esposizione dei risultati parziali in

diverse sedi e occasioni nazionali e internazionali (per esempio, convegno della Società Italiana di Psicologia di Comunità, Bergamo, giugno 2016; *Social Movements Conference* all'università di Brighton, ottobre 2016; sessione dedicata alla ricerca-azione partecipata nel convegno *Global Symposium on Health Systems Research “Resilient and Responsive Health Systems for a Changing World”*, Vancouver novembre 2016; *Prince Mahidol Award Conference “Addressing the health of vulnerable populations for an inclusive society”*, Bangkok, gennaio 2017). Maggiori dettagli sono disponibili nell'Allegato I - Cronogramma delle attività. Di ogni azione esiste documentazione scritta, sotto forma di verbale, materiale audio e video, trascrizione e/o diario. Tutto è conservato in un archivio condiviso e accessibile alle persone partecipanti. Le nuove possibilità offerte dagli strumenti di collaborazione *online* hanno facilitato il lavoro collettivo di commento e analisi dei testi, anche se sono stati gli innumerevoli incontri virtuali (chiamate *skype*) e soprattutto i citati e frequenti incontri di persona a costituire l'ossatura – prima di tutto relazionale, oltre che intellettuale – del lavoro. In media, tra le venti e le trenta persone hanno partecipato attivamente alle attività della prima fase; tra le dieci e le quindici a quelle della seconda fase. Gli incontri pubblici hanno visto una partecipazione in media intorno alle cento persone, provenienti da tutto il territorio nazionale.

Niente di quanto descritto è avvenuto senza difficoltà o conflitti, e ogni passaggio è stato accompagnato da dubbi metodologici e di processo. La supervisione internazionale non sempre è stata in grado di fornire il supporto necessario, e in tal caso ci si è rivolti a risorse esperte a livello nazionale e internazionale. Vorrei citare, per la rilevanza del contributo, la rete EQUINET che, nel contesto africano, ha un'esperienza amplissima in ricerca-azione partecipata e ha redatto un manuale dedicato che è stato molto importante nell'autoformazione del gruppo (Loewenson et al. 2014). In una dinamica di reciprocità e mutuo riconoscimento, il rapporto del gruppo italiano è ora catalogato in un portale di materiali di ricerca-azione partecipata curato da EQUINET (Equinet 2017).

Venendo alla stesura del presente lavoro, il punto di partenza è quanto fin qui descritto, da cui è “gemmato” un percorso personale di ulteriore analisi e rielaborazione. Ho chiesto e ottenuto dal gruppo di ricerca il consenso di attingere al materiale collettivo, così come è avvenuto per altre persone che – prima di me – hanno svolto lavori individuali a partire dal processo di ricerca condiviso. Consenso che è in verità implicito e garantito a chi ha è parte del percorso perché, come dice Zibechi, questa modalità di produzione di conoscenza “è anonima, comunitaria, supera il dualismo soggetto-oggetto e la divisione ragione-corpo. È l'antitesi dei modi capitalisti-eurocentrici di produrre saperi, perché questi non sono orientati al mercato, non cercano riconoscimenti accademici né elevano alcuni individui, sono conoscenze create e controllate dalla comunità” (Zibechi 2015).

Nella difficoltà di individuare un mio percorso che da un lato fosse fedele al portato collettivo della ricerca, dall'altro soddisfacesse tanto il mio desiderio di un'analisi personale ai fini di una produzione accademica quanto i criteri richiesti per un lavoro di ricerca dottorale, ho cercato

ispirazione in testi di natura metodologica (per esempio, l'analisi istituzionale secondo Lourau 1999, o il già citato manuale di ricerca-azione partecipativa Loewenson et al. 2014), filosofica (in particolare Mille piani, Deleuze e Guattari 2014), nonché in precedenti tesi di persone che, con premesse simili alle mie, avevano affrontato tematiche che tenevano insieme salute e giustizia sociale (Parisotto 2015; Negrognò 2016; Riccio 2016). Ho anche riletto e approfondito alcuni quadri teorici, in particolare relativi alla promozione della salute, ai determinanti e alla determinazione sociale della salute, alla storia della medicina critica in Italia e della Medicina Sociale e Salute Collettiva in America Latina. Ho cercato di differenziare le fonti, e di avvalermi della possibilità di leggere testi originali in francese, spagnolo e portoghese¹⁰ (oltre ovviamente all'italiano), per accedere a letteratura altrimenti e solitamente esclusa dagli approcci tradizionali a unico o prevalente riferimento anglosassone. Ho infine raccolto lo stimolo, giunto soprattutto dalla lettura di Mille Piani, ad abbandonare pretese di sistematizzazione e cercare piuttosto di condensare l'analisi intorno ad alcune idee centrali, lasciando che le argomentazioni si sviluppassero in maniera anche sovrapposta (parafrasando Godard, gli autori scrivono: “Non suscitate un generale in voi! Non delle idee giuste, giusto un'idea!”, Deleuze e Guattari 2014).

Queste idee, emerse progressivamente mentre rileggevo il materiale raccolto e analizzato in oltre tre anni di lavoro, si sono condensate intorno a tre assi esplorati nei capitoli della tesi: un primo dedicato al tema del collettivo, un secondo al principio del comune, e un terzo sull'interdipendenza tra salute umana e salute del pianeta. Il fatto di nominare i capitoli come “entrate/esplorazioni” ha il significato metaforico di rappresentare diversi punti di ingresso al contenuto di riflessioni e pratiche prodotto dalla ricerca-azione. Ogni entrata offre una prospettiva teorica come via di accesso a percorsi che in parte si sovrappongono e intersecano agli altri; è pertanto possibile leggere i capitoli in qualsiasi ordine (per questo, sono indicati come varianti della lettera “a”), così come in momenti diversi. Presi nell'insieme, offrono a mio modo di vedere una sintesi delle strade che la promozione della salute potrebbe/dovrebbe intraprendere per assolvere ai suoi scopi nel mondo di oggi.

Per quanto riguarda le prime due “esplorazioni”, dedicate rispettivamente al tema del collettivo e a quello del comune, la mia è stata una rielaborazione, con approfondimenti originali, di molte tematiche e riflessioni che si ritrovano anche nel processo collettivo. Naturalmente, è mia la responsabilità di aver privilegiato alcune cornici teoriche e quadri di riferimento, anche se ogni capitolo è stato inviato all'intero gruppo di ricerca per raccogliere commenti e ulteriori stimoli. In particolare, il tema del comune è quello dove il gruppo sta ora orientando i propri passi, perché è emerso come il più fertile per l'obiettivo di costruzione di movimento, ovvero di (pro)porre la salute come terreno di incontro tra chi, partendo da e occupandosi di vari ambiti in un senso di giustizia sociale, si ritrova a scontare una frammentazione che non consente di avere un impatto sui processi di determinazione della salute e della vita (vedi pag. 99-125).

10 Le traduzioni delle citazioni che si trovano nel testo sono mie.

Nella prima esplorazione, dedicata alla promozione della salute come produzione di collettivo, la riflessione è costruita soprattutto a partire da elementi di processo della ricerca-azione e di organizzazione e funzionamento del gruppo di ricerca. Il quadro di riferimento utilizzato per l'analisi è quello della Salute Collettiva, con un'attenzione particolare alla rilettura genealogica che ne dà Guimarães (Guimarães 2016). Quello della Salute Collettiva non è un portato entrato come tale a far parte del patrimonio culturale del gruppo di ricerca, ed è piuttosto un mio approfondimento personale. Tuttavia, il paradigma della determinazione sociale della salute e alcuni concetti propri dell'analisi istituzionale (in particolare relativi al binomio istituyente-istituito), che si ritrovano nella Salute Collettiva, hanno fatto parte del percorso di ricerca-azione grazie all'incontro con la medicina critica e la teoria e le pratiche dell'analisi istituzionale e della socioanalisi narrativa.

Per quanto riguarda la seconda entrata, sull'istituzione del comune come terreno di contrasto dei processi di mercificazione della salute, il riferimento principale è l'idea di comune come principio politico teorizzata da Dardot e Laval (Dardot e Laval 2015). Nuovamente, è dalle stesse pratiche del gruppo di ricerca, e dall'incontro con alcune esperienze in territori solo apparentemente distanti dalla salute (produzione alimentare, produzione artistica e culturale), che nascono la maggior parte delle riflessioni. In questo ambito, inoltre, il gruppo di ricerca ha in atto un processo attivo di rielaborazione e produzione scritta, ed è dunque quello in cui la sovrapposizione, o coincidenza, tra il mio elaborato e il processo collettivo è maggiore.

Infine, la terza entrata è dedicata all'interdipendenza tra salute umana e salute del pianeta. Quello delle relazioni tra salute, ambiente e lavoro è stato uno degli assi esplorati durante la prima fase della ricerca-azione, ma non ripreso nella seconda. In questo caso, dunque, il lavoro che presento è una mia analisi che parte dai nuovi sviluppi della salute globale (paradigma della salute planetaria, Whitmee et al. 2015), li analizza criticamente alla luce del quadro della determinazione sociale della salute e del concetto di *Buen Vivir* (patrimonio delle cosmovisioni indigene dell'America Latina), e guarda all'ambito dei movimenti per cercare e documentare l'esistenza di visioni e soprattutto pratiche di cambiamento.

È lecito affermare che ciò che ha portato all'identificazione di queste entrate/esplorazioni, che rappresentano intrecci tra portati teorici ed elementi della ricerca-azione, ha più a che vedere con un processo creativo, profondamente informato dalla mia soggettività ed esperienza di vita, che con un'analisi sistematica e "oggettiva" (se mai può esistere, alla luce delle considerazioni già formulate). Come dice Annemarie Mol, nel passaggio dall'analisi alla scrittura non si abbandona il mondo del reale per entrare in quello della teoria e del pensiero, ma ci si muove tra diverse pratiche sociomateriali che esistono come un continuo nel mondo (Mol 2002); con altre parole, Deleuze e Guattari dicono che il libro non è un'immagine del mondo, ma fa rizoma col mondo, è concatenamento con il fuori (Deleuze e Guattari 2014). Sono in ogni caso pronta a rendere conto della validità delle mie argomentazioni, tanto in termini di rispondenza a quanto raccolto,

documentato ed elaborato nel processo collettivo di ricerca, quanto di coerenza rispetto ai quadri teorici citati.

Spero che questa articolata disamina della metodologia e del processo serva a comprendere meglio il contenuto dei capitoli che seguono. Vorrei aggiungere, tra i limiti del lavoro, il fatto di non aver avuto – per questioni contingenti (alternanza di *tutor* legata a pensionamenti e precariato universitario) e strutturali (argomento altamente interdisciplinare che avrebbe bisogno di più sguardi per una lettura critica) – una supervisione strutturata e costante durante il periodo del dottorato. La scelta di scrivere in lingua italiana è stata ulteriormente penalizzante da questo punto di vista, perché nel panorama internazionale sarebbe stato più facile trovare persone con le competenze necessarie a valutarlo (non tanto perché “migliori”, ma perché abituate ad approcci da noi ancora poco sviluppati, percorsi e valorizzati). D'altro canto, ho preferito l'italiano perché sento il mio lavoro radicato nel nostro Paese e nel mio contesto di vita, ricerca e attivismo in salute. Desidero e immagino che venga letto lì dove è maggiore il mio spazio di azione, e che anche misura marginale contribuisca ad arricchirlo e rinforzarlo.

Entrata/esplorazioni A - Promozione della salute come produzione di collettivo

Dalla Conferenza di Alma Ata in poi, e a maggior ragione dopo la pubblicazione del rapporto finale della Commissione sui Determinanti Sociali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (WHO 2008), la consapevolezza che la salute non è pertinenza esclusiva, o prioritaria, del settore sanitario si può realisticamente ascrivere alla corrente *mainstream*. Tuttavia, ciò è vero se ci limitiamo a uno sguardo superficiale e alle dichiarazioni di principio, dove termini come “promozione della salute”, “partecipazione comunitaria”, “salute in tutte le politiche” ricorrono frequentemente in programmi, piani, eventi. Andando però più a fondo si trova spesso una certa “fuga di idee”, come un cortocircuito, che rapidamente riporta a una visione ristretta di salute come assenza di malattia, e dunque a un'attenzione esclusiva alla malattia e alla cura per lo più giocate sul piano individuale. Non è un caso che poco o nulla, nei programmi di formazione medica (inclusa la formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva), rimandi a questo ambito, sia come preparazione concettuale profonda su cos'è e come si dà salute, sia come arsenale di pratiche e strumenti necessari per attuarla (*in primis*, capacità di relazione interdisciplinare con altri ambiti, settori, professionisti, e naturalmente con le persone).

Gli attuali sforzi di promozione della salute (per altro poco rintracciabili, per lo meno nel nostro Paese) incontrano numerosi ostacoli, di tipo: teorico (carenza di una concettualizzazione profonda e di una visione realmente interdisciplinare), culturale (egemonia del paradigma biomedico, riprodotto nei percorsi di formazione centrati sugli ospedali), economico-materiale (esiguità di budget, in costante e progressiva erosione), politico (gli investimenti in promozione danno risultati a lungo termine, poco spendibili in campagna elettorale).

Secondo il filone della Medicina Sociale latinoamericana, questi impasse sono da rintracciarsi (anche) in una mancata piena assunzione dei presupposti fondanti la lettura ontologica della salute. Da un lato una mancanza di riflessività, esplicitazione e trasparenza (Waitzkin et al. 2001a), dall'altro una visione del sociale come somma degli effetti individuali (Breilh 2013), dall'altro ancora gli snodi problematici sulla piena comprensione di pratiche-concetti come comunità, *empowerment*, partecipazione (Chapela Mendoza).

In questo primo percorso, cercheremo di seguire questi temi intrecciando l'analisi critica dei costrutti tradizionali con portati altri provenienti tanto da correnti “minoritarie” (preferisco dire: meno note, marginalizzate – per esempio perché meno disponibili nella lingua dominante che è l'inglese) del pensiero scientifico, quanto dallo studio dell'azione dei movimenti sociali presi in analisi.

1. I mo(n)di della scienza, la scienza nel mondo

Sembra strano dover argomentare, nel 2017, sulla non neutralità della scienza. Tuttavia, questo che rappresenta un portato fondamentale (inteso come fondante, fondativo) per numerosi ambiti disciplinari resta confinato nel campo dell'ignoto o dell'eresia in buona parte del settore sanitario. Eppure la medicina, come gli altri domini del sapere, ha una sua storia che evidenzia come le idee siano figlie del loro tempo. Storia che viene spesso interpretata come lineare e progressiva, orientata a una sempre migliore conoscenza capace di approssimarsi a una realtà data, e di dotarsi di un apparato tecnologico in costante perfezionamento per intervenire in modo più preciso, efficace, risolutivo su detta realtà. Non si può negare che la rassicurante mitologia di questo approccio abbia buon gioco nel sedurre le menti (nonché, come vedremo oltre, nel mantenere un certo assetto di poteri). Tuttavia, non serve molto per mostrare che il re è nudo e che le cose, per come si danno e non per come sono narrate, sono assai più complesse.

La rimozione del sociale

Agli studenti di medicina, nel corso di Salute Globale e Determinanti Sociali della Salute svolto dal CSI, viene raccontato un aneddoto per spiegare la sistematica rimozione delle variabili socio-economiche nella costruzione del sapere medico. Fino a pochi decenni fa, la borsite prepatellare nota come “ginocchio della lavandaia” era descritta come tipica del sesso femminile. Ora, è evidente che l'aumentata incidenza della patologia non era legata agli attributi genetici, bensì alle conformazioni sociali che espongono le donne – con maggiore frequenza – a svolgere occupazioni come quella della lavandaia. Patologia occupazionale e/o patologia di genere, dunque, che modificatosi l'assetto sociale si è avviata verso una maggiore equità nella distribuzione tra i sessi.

L'episodio è ovviamente “stilizzato” ai fini didattici, ma non mancano casi recenti che hanno messo in luce, per esempio, il ruolo della componente sociale (razziale e/o di genere) nell'aumentata incidenza dell'ipertensione arteriosa tra gli afroamericani – da una prospettiva medico-scientifica (Pickering 2001; Sims et al. 2012) così come antropologica (Pollock 2012) – o nell'eccesso di mortalità per tumore al seno tra le donne afroamericane (Krieger 2002; Gilman 2013). Nonostante sia stato efficacemente argomentato che utilizzare la razza come *proxy* per differenze genetiche limita la comprensione delle complesse interazioni tra processi politico-economici, esperienze vissute, e biologia umana (Goodman 2000), l'influente *American Heart Association*, in una pagina aggiornata al 2016 (American Heart Association 2016), afferma che: “La prevalenza di ipertensione tra gli afroamericani negli Stati Uniti è tra le più alte al mondo. Più del 40% degli afroamericani non ispanici, uomini e donne, soffrono di ipertensione. [...] I ricercatori hanno riscontrato che ci

potrebbe essere un gene che rende gli afroamericani più sensibili al sale.”. D'altro canto, la stessa organizzazione senza scopo di lucro vive dei finanziamenti di compagnie transnazionali, tra cui le maggiori aziende farmaceutiche (Novartis, BMS/Pfizer, Sanofi, AstraZeneca, Janssen...), grandi distribuzioni come Walmart e Macy's, e il colosso mondiale della distribuzione dei farmaci Wallgreens. Per la tesi che stiamo sostenendo, le condizioni materiali e i rapporti economico-politici fanno parte dell'analisi del processo di produzione di conoscenza, e in questo caso la rilevanza di quello che va sotto il nome di “complesso medico-industriale”¹¹ nell'orientare le interpretazioni scientifiche appare ben chiara, e coerente con i fini di promuovere una lettura della patologia aperta al solo intervento medico (in essenza farmacologico), produttore oltre che di salute anche di mercato e profitti.

A scanso di equivoci sulla pertinenza dell'analisi della razza nelle questioni di salute, e prima di abbandonare l'argomento, riportiamo la dichiarazione dell'*American Anthropological Association* citata da Goodman:

«...le variazioni nella biologia umana non dovrebbero essere ridotte alla razza. È una questione troppo complicata che non può rientrare in un'idea tanto datata. La razza è reale. Anziché essere basata sulla biologia, è un processo sociale e politico che ci permette di comprendere come leggiamo significati più profondi all'interno dei fenotipi. La razializzazione e il razzismo esistono perché, in una cultura razializzata, leggiamo significati nel colore della pelle come in altre varianti fenotipiche. Non è che la biologia condizioni il comportamento, piuttosto ideologia e comportamento agiscono negli individui 'al di sotto della pelle'.» (Goodman 2000)

Al contrario, usare la variabilità genetica come spiegazione delle differenze razziali implica l'accettazione di ben due assunzioni non verificate: che la variabilità genetica spieghi la variabilità della malattia, e che la variabilità genetica spieghi la variabilità razziale della malattia. Nel primo caso, si tratta di una forma di “genetizzazione” (la nozione secondo cui i geni sono i determinanti primari della biologia e del comportamento umano), la seconda una forma di razializzazione, ovvero un'esagerazione della rilevanza della razza (Goodman 2000).

11 La definizione emerge nei tardi anni Sessanta, riprendendo l'ultimo discorso del presidente degli Stati Uniti Eisenhower (1961) in cui sottolineava i rischi del “complesso militare-industriale”, ovvero le minacce legate all'influenza esercitata sul governo da parte dell'esercito e dell'industria militare. Applicato al campo della salute, e in particolare dell'assistenza sanitaria, il termine descrive il sistema che – in modo esemplificativo negli Stati Uniti, ma con gradi diversi in tutto il mondo – utilizza la salute per generare profitto. Il termine è entrato nell'ambito accademico con un articolo apparso nel 1980 sul *New England Journal of Medicine*, in cui l'autore descrive l'aumento delle attività “for profit” in medicina e analizza gli insorgenti conflitti di interessi che minacciano l'indipendenza dell'assistenza e della ricerca in salute (Relman 1980).

Critiche “evidenti”

Un altro filone di argomentazioni critiche volte a mostrare quanto la rimozione del piano socioeconomico provochi distorsioni nel sapere medico è quello che mette in luce la grande eterogeneità che esiste tanto a livello di sapere e ancora di più di pratiche, nonché all'intreccio tra i due piani. È esperienza comune che tra Paesi, regioni, ospedali e perfino reparti esistano prassi differenti, nonostante il proliferare di protocolli, linee guida, e della tanto acclamata medicina basata sull'evidenza (EBM).

L'approccio critico può procedere dalle origini, ovvero andando alla radice di quella che comunemente viene considerata “evidenza”. Per esempio, è dimostrato che esiste un significativo *bias* di pubblicazione a favore degli studi che mostrano risultati positivi. Una recente meta-analisi (si noti come l'approccio critico si possa avvalere degli strumenti di rigore metodologico a fondamento della stessa EBM) ha evidenziato come le probabilità di pubblicazione arrivino a essere fino a cinque volte superiori per studi con risultati statisticamente significativi o positivi, rispetto a studi con esiti non significativi o negativi (Fujian Song et al. 2009, 2009; F. Song et al. 2010). Inoltre, le ricerche finanziate dall'industria farmaceutica vengono pubblicate meno rispetto a quelle finanziate tramite altre fonti, e riportano più frequentemente risultati favorevoli allo *sponsor* rispetto a studi con altri finanziatori (Dickersin e Chalmers 2011). Il mancato accesso a tutti i dati disponibili comporta errori amplificati nelle meta-analisi, in genere considerate come fonti più sicure e affidabili. Un recente studio ha mostrato che solo in un terzo delle meta-analisi prese in considerazione gli autori discutevano apertamente la possibilità di un *bias* di selezione e cercavano di limitarne l'impatto (Ahmed, Sutton, e Riley 2012).

La vicenda del farmaco antinfluenzale Oseltamivir, recentemente “declassato” nella lista dei farmaci essenziali dell'OMS, è esemplificativa a questo proposito: l'approvazione ottenuta dalla *Food and Drug Administration* statunitense nel 1999, e dalla *European Medicines Agency* nel 2002, si è basata su evidenze scarse in gran parte fornite dalla multinazionale produttrice Roche, rivelatesi in seguito incomplete. Pochi anni dopo, preoccupati da una possibile pandemia di influenza aviaria e a seguito della diffusione dell'influenza H1N1 nel 2009, molti governi hanno acquistato ingenti scorte del farmaco, che nel 2010 è stato inserito nella lista dei farmaci essenziali dell'OMS (dove dovrebbero entrare solo i principi attivi a maggiore profilo di efficacia, sicurezza e a minor costo a parità di effetto). Il risultato è stato un guadagno estremamente significativo per la Roche, generato per la metà dall'acquisto di scorte da parte di governi e imprese (scorte a oggi largamente inutilizzate) (Jack 2014). È emerso in seguito che la casa produttrice Roche non aveva reso disponibili tutti gli studi effettuati sul farmaco. In seguito a una campagna portata avanti, tra gli altri, dal *British Medical Journal* (BMJ), molti più dati sono stati resi pubblici (anche se non quelli individuali per paziente, come da richiesta). Una meta-analisi Cochrane pubblicata nel 2014 ha messo in luce, oltre allo scarso profilo di efficacia già emerso da altre indagini, un'incidenza di effetti avversi decisamente superiore a quanto precedentemente dichiarato. Secondo un recente editoriale del BMJ a commento della vicenda – giustamente definita un “fallimento multi-sistema”

per la molteplicità di enti coinvolti e di decisioni errate a diversi livelli – ci sono tre importanti lezioni da tenere presenti: la prima è che è indispensabile che tutti gli studi vengano pubblicati, e che i dati individuali dei pazienti siano resi accessibili per l'esecuzione di analisi indipendenti (come richiesto dalla campagna AllTrials, AllTrials Campaign); la seconda è che i soldi spesi per fare scorta di Oseltamivir sono stati sottratti ad altre priorità di salute pubblica, e questo impone che decisioni di tale portata siano il più possibile informate da evidenze complete, attendibili ed esaustive; la terza è che la fiducia riposta in Oseltamivir può aver ridotto la ricerca di alternative realmente efficaci, rappresentando un ulteriore danno per il pubblico (Ebell 2017).

Spostandosi dal piano della produzione di evidenze a quello della loro applicazione, ma rimanendo sul filone degli intrecci tra salute e mercato, vi sono sempre più studi che documentano quanto i comportamenti prescrittivi dei medici siano associati al *marketing* delle case farmaceutiche, dai pagamenti per prestazioni fino alla semplice offerta di un pasto gratuito durante una conferenza (DeJong et al. 2016; Yeh et al. 2016). Gli appelli della società civile e di parte della comunità scientifica vanno nella direzione di chiedere maggiore trasparenza nella pubblicazione dei dati, sia quelli relativi agli esiti degli studi clinici (a prescindere dalla loro positività), sia quelli relativi ai finanziamenti erogati dalle case farmaceutiche a beneficio di medici, società scientifiche, programmi di ricerca, ecc. Un passo in avanti in tal senso è stato fatto dal *Physician Payments Sunshine Act*, approvato negli Stati Uniti nel 2010 ed entrato in vigore nel 2013. Il decreto prevede che ogni transazione finanziaria, in denaro o in natura che superi i dieci dollari americani, tra un medico o gruppo di medici e uno o più produttori di farmaci o altri prodotti sanitari, debba essere notificata e inserita in uno speciale registro pubblico, consultabile da chiunque (Cattaneo 2014). È grazie a questo registro, che amplia lo spazio dell'indagabile e mette in relazioni ambiti diversi, che possiamo ora esplorare e conoscere meglio l'entità degli intrecci tra interessi di *marketing*, interessi privati di medici e gruppi di medici, e interesse collettivo della popolazione.

Lo sguardo antropologico

Infine, uno sguardo interessante sulle pratiche – il loro ruolo agentivo (performativo) e la loro intrinseca eterogeneità – viene da alcuni studi critici su scienze e tecnologia. In particolare Mol, in un'affascinante etnografia della pratica medica, si avventura dapprima a ricomporre il dualismo soggetto-oggetto tanto nell'accezione cultura-natura quanto in quella conoscente-conosciuto (attivo, vivo / passivo, inerte), e in seguito a proporre ricomposizioni delle pratiche all'insegna della molteplicità (Mol 2002). Secondo questo sguardo, la conoscenza non risiede nella mente, ma svariate materialità sono attivamente coinvolte nella attuazione del reale: l'organizzazione materiale della pratica medica plasma dunque la realtà della malattia. La linea divisoria tra soggetti umani e oggetti naturali è superata: come i soggetti (umani), gli oggetti (naturali) sono inquadrati come parti

di eventi che accadono/sono posti in essere. Per evitare la reificazione della dicotomia, Mol suggerisce di non dire chi conosce, ma di distribuire l'attività del sapere in modo diffuso “su tavoli, coltelli, registrazioni, microscopi, edifici, e altre cose o abitudini in cui è incorporata” (saperi incorporati), per arrivare a parlare di come si costruisce/performa (*enact*) la realtà nelle pratiche (Mol 2002). Interpretando la conoscenza come incorporata, localizzata eminentemente nelle attività, negli eventi, nelle costruzioni, negli strumenti, nelle procedure, eccetera, Mol affronta le pratiche quotidiane come eventi e attività in sé, piuttosto che come tramite per un sapere articolato in parole dai soggetti. Questo approccio conoscitivo è ben descritto da Latour quando afferma che: “Per rifiutare il riduzionismo è sufficiente [...] lasciare che si sviluppi la diversità davvero stupefacente dei 'cicli di oggettività' che esso stesso sviluppa.” (Latour 2008). Secondo Latour, infatti, il reale si sviluppa per reti di associazioni: la scienza non ha un intrinseco potere di imporsi, piuttosto si diffonde perché ci sono attori, fuori dai laboratori, che si associano a essa e tra di loro. Anziché pensare a un'unica struttura massiccia, Latour parla di “catene di associazioni” che formano reti la cui coerenza non è basata sulla coerenza logica ma sulla materialità e sulla pratica. La forza delle reti dipende da ciò che sostiene le associazioni, è definita dalle attività richieste per dissolverle e frammentarle: “La consistenza di un'alleanza è rivelata dal numero di attori che devono essere messi insieme per separarla” (Latour 1988).

Procedendo per esempi e paradigmi, abbiamo così identificato alcuni “punti di emersione”, o di svelamento, in cui le connessioni profonde tra ciò che chiamiamo “sapere medico-scientifico” e il mo(n)do attraverso il quale questo sapere viene posto in essere e agisce sono particolarmente evidenti e rilevanti. Ma, come lo sguardo di Mol e Latour suggerisce, anziché interpretare questi fenomeni come “distorsioni” di un sapere altrimenti neutro, li intendiamo come – appunto – punti di emersione della sua costitutività molteplice. A scanso di equivoci, e per non dar l'idea di voler suggerire un approccio universale alla conoscenza della presunta “realtà”, cosa che sarebbe poco sensata oltre che profondamente incoerente, aggiungo che a mio modo di vedere esistono molteplici approcci di conoscenza, portatori di elementi utili a interpretare (nel senso concreto di interagire con) ciò che ci accade. Riprendiamo Mol per dire che i metodi non sono strumenti che aprono finestre sul mondo, ma modalità di interferire con esso mediando tra un oggetto e le sue rappresentazioni. La domanda da porsi è quindi come essi mediano e interferiscono, interrogandosi non tanto sulla validità (cioè sulla capacità di rappresentare fedelmente un oggetto in quanto tale), ma sulla “bontà”: una buona conoscenza acquista il proprio valore perché fornisce modalità buone per vivere con il reale (Mol 2002).

2. Il mondo non è piatto

Una volta argomentato che la produzione di conoscenza (medica) avviene all'interno di “reti di associazioni”, in cui è legittimo uno sguardo che mette al centro le pratiche per superare la dicotomia soggetto-oggetto e ricostruire la molteplicità del mondo in cui viviamo, è utile tracciare i contorni di questo mondo per mostrare su quali linee – storiche, geografiche, economiche e politiche – di distribuzione (concentrazione) prendano forma le attuali disuguaglianze. Come ha scritto Stiglitz (in risposta a Friedman 2005), infatti, “il mondo non è piatto” (Stiglitz 2007); il riferimento non è, naturalmente, alla dimensione fisica del globo terrestre, bensì alla forma che storicamente ha assunto, e assume oggi, la distribuzione di risorse (Birdsdall 2005) che è anche, come vedremo, distribuzione di salute. In base all'approccio dei determinanti sociali, infatti, sono le condizioni socio-materiali in cui le persone nascono, crescono, invecchiano a rappresentare i principali fattori chiamati in causa nel mantenere o deteriorare la salute. Benché questo approccio mostri diversi limiti, come avremo modo di argomentare (vedi 3. La rimozione del collettivo, e la sua (ri)emergenza), è in questa fase comunque utile a tracciare un panorama.

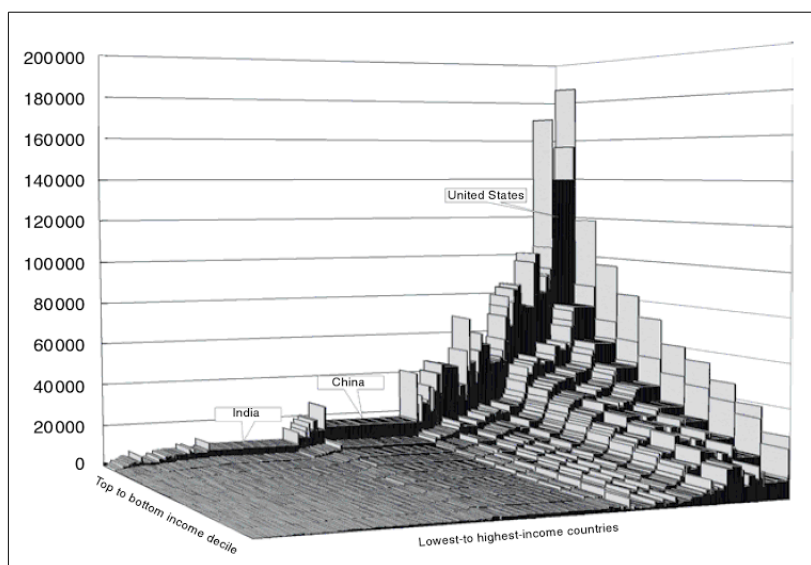


Fig. 4: Il mondo non è piatto. Reddito annuale (aggiustato per parità di potere di acquisto) per decile di reddito, 140 Paesi, 2008 (Benatar e Brock 2011).

Il grafico in Fig. 4 illustra efficacemente le disuguaglianze esistenti in termini di reddito annuale, tanto tra Paesi quanto all'interno di ogni Paese, nonché la grande concentrazione della ricchezza nel mondo. Il grafico in Fig. 5 mostra invece l'andamento nel tempo della percentuale di reddito detenuta dall'1% più ricco della popolazione. Come è ben visibile, dagli anni Ottanta a oggi i settori più ricchi della popolazione hanno visto un progressivo aumento della propria concentrazione di ricchezza.

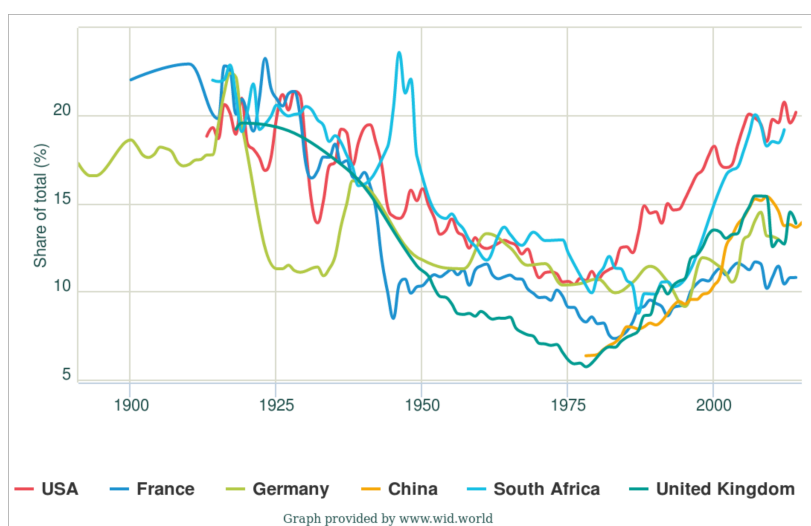


Fig. 5: Percentuale di reddito nazionale pre tasse detenuta dall'1% più ricco della popolazione, andamento 1891-2011 («Wealth and Income Database» 2017).

La situazione negli Stati Uniti è particolarmente esemplificativa, come documenta il grafico in Fig. 6: rispetto al 1980, esiste oggi una disuguaglianza molto maggiore a favore dei gruppi più ricchi di popolazione, che cresce esponenzialmente per i super ricchi.

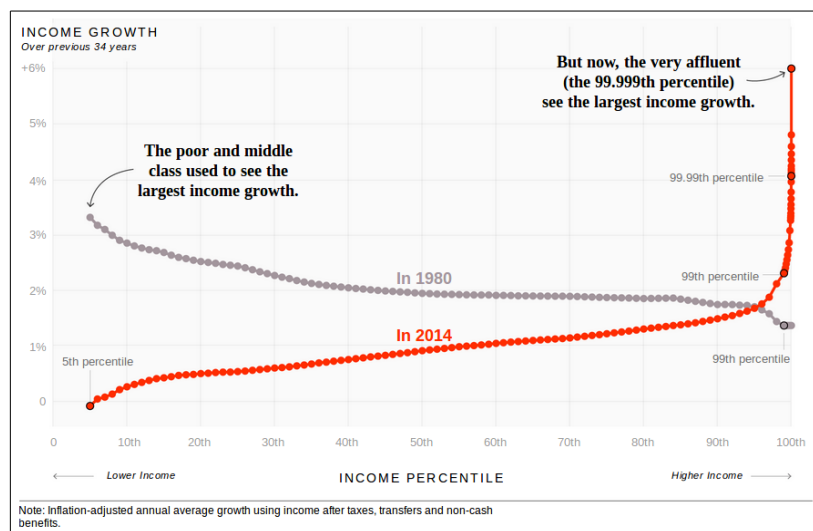


Fig. 6: Crescita economica per percentile di reddito negli Stati Uniti, confronto tra il 1980 e il 2014 (Leonhardt 2017).

Non solo, quindi, il mondo non è piatto, ma il sistema economico attuale è produttore di crescenti disuguaglianze, che hanno assunto dimensioni senza precedenti: un recente rapporto dell'organizzazione internazionale Oxfam ha documentato che, nel 2016, otto uomini possedevano una ricchezza pari al cinquanta per cento più povero della popolazione del pianeta (Hardoon 2017).

Una tendenza simile, seppur meno accentuata, si riscontra nei dati epidemiologici, che nel corso degli ultimi cinquant'anni mostrano un progressivo miglioramento degli indicatori sanitari medi, a cui però corrisponde un'altra tendenza molto visibile, ovvero l'aumento del divario agli estremi del cosiddetto "gradiente sociale". Con tale termine si fa riferimento alla diseguale distribuzione degli esiti in salute in rapporto alla condizione socioeconomica degli individui: maggiori sono le risorse a cui è possibile attingere, migliori saranno gli esiti in salute. Tale associazione è ampiamente verificabile sia tra diversi gruppi di popolazione all'interno dei Paesi, sia nei confronti tra Paesi (WHO 2008). In questo secondo caso, tuttavia, la correlazione (vedi Fig. 7) cessa di essere significativa al di sopra di una certa soglia di ricchezza, superata la quale entrano in gioco altri fattori strutturali e contestuali.

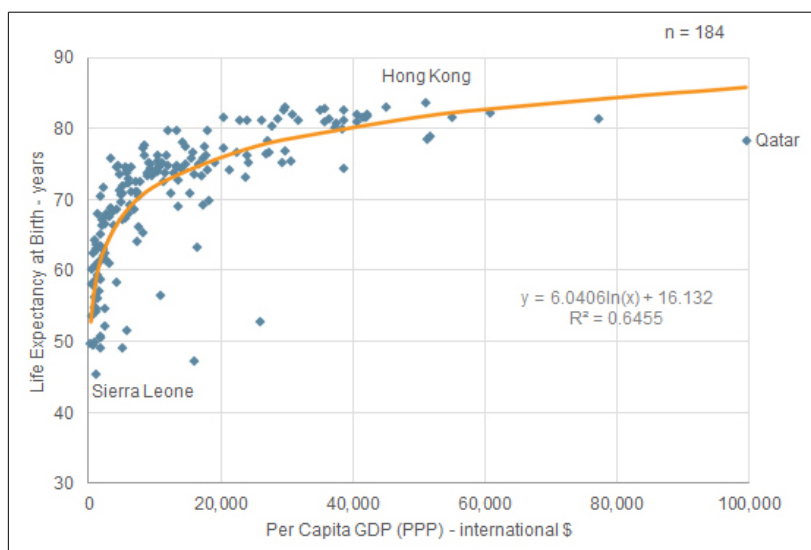


Fig. 7: Relazione tra Prodotto Interno Lordo (PIL) pro capite, parificato per potere di acquisto, e aspettativa di vita, 2012 (Euromonitor 2014).

Tra gli elementi chiamati in causa per spiegare le differenze in esiti in salute tra Paesi ad alto reddito, è stata dimostrata una correlazione statisticamente significativa tra la prevalenza di problematiche sanitarie e sociali e il livello di disuguaglianza nella distribuzione della ricchezza (vedi Fig. 8).

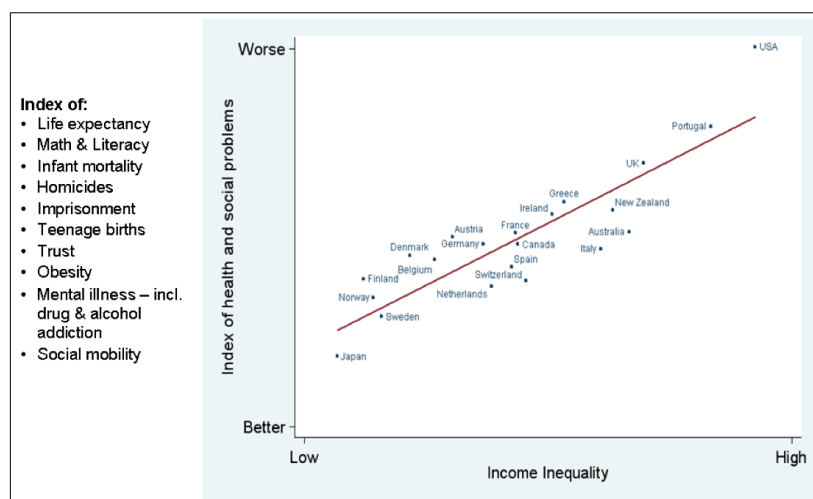


Fig. 8: Relazione tra disuguaglianza economica e problematiche sociali e sanitarie nei Paesi ad alto reddito (Wilkinson e Pickett 2009).

In maniera estremamente schematica, abbiamo così disegnato un quadro che correla gli esiti in salute, e la loro distribuzione, alle modalità con cui le società generano e distribuiscono al loro

interno ricchezza, potere e risorse. Commentando queste stesse correlazioni, la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS ha concluso che – in quanto evitabili – queste disuguaglianze sono anche ingiuste e inaccettabili:

«(The) toxic combination of bad policies, economics, and politics is, in large measure, responsible for the fact that a majority of people in the world do not enjoy the good health that is biologically possible [...]. Social injustice is killing people on a grand scale.» (WHO 2008)

Le cause delle cause delle cause

Come studentessa in formazione a qualche anno dalla laurea in medicina, sono entrata in contatto per la prima volta con le correlazioni tra povertà e salute mentre contribuivo a preparare la risposta (o, meglio, la controproposta) della società civile alla riunione del G8 a Genova, nel luglio 2001. Per tutto l'anno precedente, in moltissime città italiane si erano spontaneamente formati gruppi di lavoro per approfondire le tematiche in causa. Per il mio ambito di studi, ero particolarmente interessata a comprendere come mai decenni di “aiuti allo sviluppo” non avessero portato a miglioramenti sostanziali nella salute dei Paesi a basso reddito¹², perché le pratiche messe in atto riproducessero dinamiche di dipendenza, e cosa regolasse i complessi meccanismi internazionali che privavano milioni di persone dell'accesso a farmaci salvavita. Si formò dunque un gruppo di studio misto, con persone di area medica e altre di area sociologica ed economica, e cominciammo a leggere insieme testi di geografia politica, e a studiare gli articoli dei trattati internazionali di “libero commercio” che regolamentavano l'accesso ai farmaci, così come – indirettamente, ma violentemente – l'esclusione da tale accesso.

Dieci anni più tardi, il Centro di Salute Internazionale dell'Università di Bologna insegnava la storia delle politiche sanitarie pubbliche “da Alma Ata al Global Fund” approfondendo il ruolo di quella che viene chiamata “*governance* globale” della salute (vedi Entrata/esplorazioni α - Pratiche del comune in salute). Era stata costituita la Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG), comprendente diverse realtà accademiche e del terzo settore, che con la proposta di un “*curriculum standard*” in salute globale ha fatto il primo tentativo sistematico di estendere l'esposizione degli studenti di medicina all'approccio dei determinanti sociali e allo studio della loro distribuzione secondo direttrici socio-economiche e geopolitiche di disuguaglianza. Pochi anni

12 Utilizzo questo termine, adattato dall'inglese “*low and middle income countries*” (LMIC), perché preferisco evitare le alternative che trovo fuorvianti. Paesi “in via di sviluppo” indica infatti una visione unilaterale e lineare dello sviluppo, in base alla quale tutti i Paesi devono seguire l'iter dei Paesi occidentali per raggiungere gradi più elevati di civiltà: mi associo a coloro che ritengono questa visione storicamente e antropologicamente fallace, oltre che non auspicabile né sostenibile. D'altro canto la dicitura “Paesi a risorse limitate” è fuorviante perché nasconde il fatto che, in molti di questi Paesi, le risorse sono in realtà abbondanti, ma non a disposizione delle popolazioni locali per le dinamiche predatorie dei processi coloniali e neocoloniali.

prima, la necessità di tale approccio era stata sottolineata e portata avanti da realtà come il *Royal College of Physicians* britannico (Atkinson e Cottam 2011). Nel 2017, il tema “La salute diseguale” è diventato perfino oggetto di una rassegna organica al sistema economico (seppure in qualche modo espressione di un “capitalismo temperato”) come il Festival dell'Economia di Trento.

Leggendo queste dinamiche con le lenti degli studi sui movimenti sociali, si troverebbe qui confermata la tesi secondo cui una delle funzioni, e/o degli esiti, dei movimenti sociali è quella di anticipare – nel presente – le direzioni del mutamento possibile (Melucci 1991). Quello che era dicibile solo in piazza a Genova, accusato di sovversività e represso con violenza estrema, è riemerso a distanza di un decennio come sapere (anche) accademico, in parte sempre contestato ma al tempo stesso sdoganato da prese di posizioni difficilmente attaccabili (o tacciabili di “rivoluzionarietà”) come quella dell'Organizzazione Mondiale di Sanità (WHO 2008). Quello che segue, per esempio, potrebbe essere il preambolo di un volantino “altermondialista”, invece è un editoriale della prestigiosa rivista *The Lancet* a firma del suo direttore, Richard Horton:

«Bambini e donne stanno morendo perché coloro che hanno il potere di prevenire quelle morti hanno scelto di non agire. Questa indifferenza – da parte di politici, amministratori, donatori, finanziatori della ricerca, da parte della stessa società civile – è il tradimento della nostra speranza collettiva per una società più forte e più giusta; per una società che dà valore a ogni vita, indipendentemente da quanto giovane o nascosta agli occhi del pubblico questa vita possa essere. Quello che abbiamo di fronte è un mondo squilibrato in cui solo coloro che hanno soldi, forza militare e influenza politica stabiliscono cosa conta e chi conta.» (Horton 2008)

Se dunque il tema dei determinanti e delle disuguaglianze in salute è diventato prima di tutto accettabile, e in secondo luogo “di tendenza”, altrettanto non si può dire delle misure messe in atto per contrastarle. Al contrario, proprio quando usciva il rapporto della Commissione OMS iniziava a manifestarsi in Europa la crisi economica: se avessero fatto tesoro delle evidenze prodotte, i governi avrebbero dovuto aumentare la spesa sociale anziché ridurla sotto la pressione delle misure di *austerità*, al fine di prevenire – come è dimostrato sia possibile – le conseguenze in salute sulla popolazione mediate da un deterioramento (profondamente diseguale) delle condizioni materiali e soggettive di vita (Kondilis et al. 2013). In effetti, parte del “successo” della letteratura sulle disuguaglianze è riconducibile al fatto che essa non ha scomodato alcuni degli assunti portanti l'attuale sistema di produzione e (mal)distribuzione di risorse, come se fosse possibile affrontarle e ridurle tramite interventi tecnici in ambito sanitario, senza ripensare la matrice che le riproduce sul piano socioeconomico. In questo, l'approccio dei determinanti ha forse giocato un ruolo favorevole, focalizzando l'attenzione sì sulle “cause delle cause”, ma scomposte e analizzate per fattori e non nel quadro del sistema che ne organizza la maggiore o minore disponibilità per differenti gruppi di popolazione, secondo direttrici di classe, razza, genere (Krieger et al. 2010; Krieger 2011). Quella che la Medicina Sociale latinoamericana chiama la “determinazione sociale” della salute, un'attenzione non tanto o non solo ai fattori socioeconomici, politici, ambientali e culturali correlati

alla salute, ma ai processi che ne determinano la distribuzione diseguale nella società (Rocha et al. 2015).

Attori del cambiamento

Se dai movimenti sociali è partita la mia “scoperta” di ciò che era (stato) nascosto nella formazione medica tradizionale, e che era in grado di spiegare la persistenza e anzi l'accrescersi delle disuguaglianze in un mondo che – complessivamente – diventava sempre più ricco, nuovamente ai movimenti sociali è approdata anche la ricerca di risposte e strategie di intervento. Non si è trattato, come si potrebbe pensare, di un cortocircuito, ma piuttosto di un'esplorazione che è passata da diverse strade (la cooperazione internazionale, il lavoro ospedaliero, la ricerca accademica). La mia tesi di specializzazione, incentrata su un'interpretazione della salute globale in grado di superare i limiti descritti per l'approccio dei determinanti, a partire dai quadri concettuali di riferimento (interdisciplinari) per giungere alle pratiche di formazione (extra universitaria, auto-organizzata, sul/di campo), ha rappresentato una tappa importante nel documentare e costruire una visione del ruolo e dell'importanza che i movimenti sociali hanno avuto nella “lotta per la salute” (Bodini 2013). Il termine “lotta” è un riferimento esplicito al fatto che, come argomentato, la salute è legata alle dinamiche di potere nella società e ogni tentativo di agire per tutelarla e promuoverla arriverà inevitabilmente a scontrarsi con situazioni di privilegio da contenere, contrastare, rimuovere. La storia delle politiche di salute non è tanto una storia di battaglie di idee giocate sul piano della scienza e della tecnica, ma – a partire dai tempi di Virchow e Snow – una storia di visioni conflittuali del mondo (Labonté 2013).

In questo senso diventa importante, oltre che studiare, comprendere e documentare, anche costruire forze in grado di sostenere e agire le idee per il cambiamento. Va in questa direzione l'interesse per la ricerca-azione partecipata, che ha il cambiamento come principale centro di attenzione e fonte di apprendimento. E va in questo senso anche il coinvolgimento nel *People's Health Movement*, una rete globale che si pone prima di tutto il problema di come costruire cambiamento in un senso di giustizia sociale (e) in salute. Entrambi questi approcci hanno in comune una visione della salute, e dei processi sociali correlati, come aggregazioni di forze collettive. I paragrafi che seguono sono l'esito della ricerca di questa forza collettiva, a partire dalla storia della medicina critica in America Latina (in particolare, la Salute Collettiva brasiliana) e in Italia, per proseguire con le pratiche attuate e analizzate tramite la ricerca-azione.

3. La rimozione del collettivo, e la sua (ri)emergenza

Nella proposta teorica denominata “ecologia dei saperi”, uno dei pilastri della “epistemologia del Sud” di De Sousa Santos, l'autore afferma che “non vi è ignoranza o conoscenza in generale; tutta l'ignoranza è ignoranza di una determinata conoscenza, e tutta la conoscenza è il trionfo di un'ignoranza in particolare” (Santos 2011). Gli fa eco Morin, sostenendo che l'approccio occidentale all'istruzione iperspecializzata sostituisce le antiche ignoranze con una nuova cecità, che conosce solo il calcolo come forma di conoscenza (occultando le realtà affettive degli esseri umani) e che si nutre dell'idea che la razionalità determini lo sviluppo (confondendo razionalizzazione tecnoeconomica e razionalità umana) (Morin 1993). Secondo Santos, apprendere alcune modalità di conoscenza può implicare il dimenticarne altre; in altre parole, l'ignoranza non è necessariamente lo stato originario o il punto di partenza: può essere anche il punto di arrivo (Santos 2011).

Utilizziamo questo spunto di entrata per continuare sul filone di riflessione inaugurato all'insegna delle relazioni tra produzione di conoscenza (medico-scientifica) e “mondo”, focalizzandoci su un particolare portato profondo dell'approccio occidentale alla salute ovvero la sua riduzione alla dimensione individuale. Bauman afferma che la storia europea tratta il proprio riduzionismo come se fosse un processo di continuo miglioramento, di elevazione dell'uomo-razionale sull'uomo-animale e del suo trionfo sul caos violento della vita (Bauman 2010). E così appare anche per la salute, laddove le tendenze riduzioniste continuano ad approfondirsi verso un individualismo sempre più spinto e particolare. “*Personalised health care*” e farmacogenomica sono solo due degli aspetti che questa tendenza assume nel mondo attuale della ricerca. Non si tratta di fare una critica *tout court* di questi approcci, piuttosto di sottolineare come essi occupino uno spazio mediatico, politico (investimenti ideologici) ed economico (investimenti economici) dominante. La lettura del principale programma di ricerca europeo *Horizon 2020* nelle aree dedicate alla salute è sufficiente per dimostrare quanto sopra, come sottolineato in una lettera aperta scritta dalle principali società scientifiche di epidemiologia e sanità pubblica europee (IEA, ISEE, EUPHA 2013).

Ma la tendenza a vedere la salute solo come portato individuale è più profonda, come sottolineato efficacemente da numerosi autori soprattutto di scuola latinoamericana. Per esempio, anche nelle più recenti “aperture” della produzione scientifica di sanità pubblica verso una considerazione adeguata dei fattori sociali come determinanti di malattia (WHO 2008), questi vengono considerati come variabili con ricadute sull'individuo; specularmente, il campo sociale è concepito come mera sommatoria di individui e non nelle sue proprietà specifiche di ambito collettivo (Breilh 2013).

Il concetto di “determinazione sociale”, introdotto da Laurell e divenuto uno dei tratti caratteristici della Medicina Sociale latinoamericana, ci aiuta a mettere a fuoco la questione. Laurell parla di “processo salute-malattia” come fenomeno collettivo e fatto sociale, in quanto si manifesta in maniera più evidente a livello della collettività e non dell'individuo. La comprensione del carattere

storico e sociale del processo salute-malattia ha come soggetto il gruppo, non per il fatto che esso è costituito da molti individui, ma perché consente di osservare e conoscere la dimensione sociale dell'unione di più individui, che cessano di essere analizzati come entità biologiche giustapposte. Lo sguardo si focalizza dunque sul processo salute-malattia degli individui in gruppo, considerati come entità collettiva. Benché lo studio concreto sugli esiti in salute si realizzi a livello dei singoli individui, questo deve andare di pari passo con lo studio più ampio volto a consentire un'interpretazione dei dati non in relazioni ai singoli, bensì al gruppo (Laurell 1983).

Il concetto di collettivo è fondante per l'area denominata “Salute Collettiva”, che è parte della Medicina Sociale latinoamericana e che ha trovato terreno fertile di sviluppo soprattutto in Brasile (Nunes 1994). L'oggetto della Salute Collettiva si colloca al confine tra le sfere biologica e sociale, e comprende lo studio dei determinanti della produzione sociale di malattia e dell'organizzazione dei servizi di salute, così come lo studio della storicità dei saperi e delle pratiche su questi determinanti. Il carattere interdisciplinare dell'oggetto di studio suggerisce un'integrazione a livello di conoscenza e di strategie volta al coinvolgimento di professionisti con *background* differenti (Osimo e Schraiber 2015). Caratterizzata da spiccata autoriflessività, la Salute Collettiva non intende la produzione di conoscenza come frutto del contatto con una realtà data, ma come parte di un processo di comprensione delle sue leggi e di impegno nei confronti delle forze capaci di trasformarla (Paim e Almeida Filho 1998).

La Salute Collettiva si organizza come campo di saperi e di pratiche in contrapposizione alle esistenti aree della Medicina Sociale e della Salute Pubblica che in Brasile, alla metà del XX secolo, erano pratiche di approccio igienista-sanitario orientate al disciplinamento degli individui e al controllo della popolazione (Paim e Almeida Filho 1998). Secondo Nunes, l'emergere di questo progetto riflette il più ampio contesto socioeconomico e politico-ideologico, così come le successive crisi manifestatesi tanto a livello epistemologico quanto a livello di pratiche sanitarie e di formazione dei professionisti della salute (Nunes 1994). Il dibattito sulla Salute Collettiva prende infatti piede intorno agli anni Settanta, un periodo di forti agitazioni sociali e tensioni verso il cambiamento. C'è la spinta ad ampliare il concetto di salute, superando il riduzionismo naturalista della salute pubblica, e costruire una lettura sociale che possa estendere il campo sanitario al di là dell'approccio igienista ereditato da una certa medicina sociale. La rottura con la visione della Salute Pubblica si dà nella negazione del monopolio del discorso biologico nel campo della salute (Guimarães 2016). Non si tratta semplicemente di una critica e una proposta avanzate sul piano del sapere, bensì di un processo politico e sociale profondamente connesso a pratiche politiche e a istanze riformiste.

Cohn, in una ricostruzione storica del processo di riforma sanitaria in Brasile, insiste sulla scelta del termine “salute”, in contrapposizione a “medicina” e a sottolineare l'ampliamento dell'oggetto e dunque del campo, e del termine “collettivo” anziché “sociale”, puntando a sottolinearne la processualità e la non specificità intrinseche (Cohn 1989). Per l'autrice, la dimensione della non

specificità è una caratteristica importante per comprendere la natura progettuale (e non programmatica) della Salute Collettiva. Guimarães aggiunge che la non specificità evidenzia la processualità del campo, la tensione che si pone in essere su di un piano di forze, e la sua non conclusività (Guimarães 2016).

In questa prospettiva, il collettivo non si connota per le sue proprietà estensive (descrizione di gruppo) bensì per quelle intensive (potenza istituyente). La teoria dell'analisi istituzionale definisce l'istituzione come il prodotto di un confronto permanente tra l'istituito (ciò che c'è già, ciò che cerca di mantenersi) e l'istituente (le forze di sovversione, di cambiamento) (Hess e Weigand 2008). Castoriadis pone alla base del momento istituente una tensione "immaginaria", e parla di "istituzione immaginaria della società" come creazione frutto di un immaginario collettivo anonimo, prendendo le distanze da concezioni funzionaliste che riducono le istituzioni alla sola funzione di soddisfacimento dei bisogni umani. Riprendendo Castoriadis, Dardot e Laval associano al momento istituente la capacità di creare significazioni interamente originali (Dardot e Laval 2015).

4. Il collettivo come processo istituyente: i movimenti sanitari in Brasile e in Italia

Alla storia tutto sommato lineare che più comunemente si incontra sulla costituzione della Salute Collettiva, Guimarães integra uno sguardo genealogico, capace di leggere i movimenti conflittuali, le tensioni e i rapporti di forza che hanno segnato la genesi del campo e ne condizionano anche oggi gli andamenti. In questo processo, legge le tensioni istituyente-istituito all'interno del congiunto di saperi e pratiche intorno al concetto di collettivo. Il suo sguardo è originale perché conferisce al concetto una valenza istituyente, laddove la maggior parte degli autori della (storia lineare della) Salute Collettiva ne descrivono più che altro le immagini o forme istituite (Guimarães e Silva 2015). Sottolineando l'eterogeneità di queste rappresentazioni, Merhy ne rileva il collegamento con la varietà di pratiche riscontrabili nel campo affermando che la concezione che si ha del collettivo rende possibile la creazione di diversi percorsi nella comprensione delle pratiche di salute (Merhy 1985). Secondo l'autore, esistono almeno tre modalità per comprendere il collettivo (istituito) nello scenario della salute: una che lo assume come ambito esterno agli individui, fondata sulle scienze naturali e sui metodi della scienza positiva (pratiche centrate sull'individuale e sul biologico, come la medicina, quando divengono strumenti di intervento sul collettivo lo considerano come espressione di somme di individui; è il caso di buona parte degli approcci di sanità pubblica nel nostro Paese); un'altra che lo identifica con il sociale o la società, ma sempre in relazione esterna e opposta rispetto agli individui (in questo caso entrano in campo le scienze sociali con le proprie metodologie, mantenendo la base metodologica delle scienze naturali per intervenire sul sociale inteso come società); e una terza che lo intende come campo strutturato di pratiche sociali o totalità delle pratiche sanitarie prese come costruzione storica. Quest'ultima modalità adotta la prospettiva del materialismo storico, e le pratiche sviluppate nel campo della salute sono comprese come produzioni storiche. In questo approccio la nozione di sociale continua a essere importante, ma non viene collocata esternamente alla produzione delle pratiche sanitarie (Guimarães e Silva 2015).

Guimarães accoglie questa trattazione, ma identifica nel collettivo istituzionalizzato gli sforzi che la Salute Collettiva ha compiuto per produrre un'identità per il concetto di collettivo, chiudendo la sua forza in forme di rappresentazione e limitandone così l'esperienza in quanto base espansiva di produzione di resistenza (intesa come spazio comune dove opera una potenza, atto di scelta e determinazione puntuale che apre un orizzonte su qualcosa che ancora non esiste). L'autore intende invece porre in discussione “il movimento istituyente del collettivo e la conseguente produzione comune di deformazione delle strutture sociali che esso attua” (Guimarães e Silva 2015).

Il campo conflittuale della Salute Collettiva

È importante soffermarsi sull'origine comune dei movimenti critici che hanno portato alla definizione del campo conflittuale della Salute Collettiva (preso come punto di osservazione del più ampio movimento di Medicina Sociale latinoamericana), e dei movimenti sociali che hanno contribuito alla riforma democratica in Brasile e, nel campo specifico di nostro interesse, hanno realizzato la riforma sanitaria con l'istituzione di un servizio sanitario nazionale. Come Guimarães argomenta (e documenta, con approccio genealogico), vi sono strette connessioni tra il processo di riforma sanitaria in Italia e quanto accaduto nel decennio successivo in Brasile. Tuttavia, le evoluzioni del “collettivo” e della sua espressione (intensiva) nei campi di saperi e pratiche ha avuto destini assai diversi nei due Paesi (Guimarães 2016). A partire dall'idea di collettivo come piano di produzione di comune (forza non identitaria che si costituisce come relazione, comportando un aumento della capacità di azione del soggetto), l'autore pone in evidenza la dimensione etico-politica che attraversa la costruzione del campo della Salute Collettiva e la produzione dei movimenti sanitari in Italia e in Brasile. Tale dimensione etico-politica è intesa come capacità di mettere in atto un processo istituzionale come asse di produzione di nuovi progetti nel campo della salute (Guimarães e Silva 2015). Il legame tra sapere e pratica sociale e politica (movimenti di riforma in Brasile e in Italia) è centrale a questa analisi del collettivo. Cercheremo, nella trattazione, di seguire il filo di questi movimenti, per arrivare a tematizzare gli spunti più interessanti emersi dall'analisi della situazione attuale nel nostro Paese.

Per quanto riguarda il contesto brasiliano, si fa risalire alla seconda metà degli anni Cinquanta l'arrivo in America Latina della “medicina preventiva”, originatasi negli Stati Uniti in seguito alla crisi di una medicina estremamente specializzata e frammentata, e propagatasi a livello internazionale grazie alla mediazione delle agenzie sanitarie internazionali. Poco dopo arrivò anche la Medicina di Comunità, emersa sempre negli Stati Uniti negli anni Sessanta, in un periodo di intense mobilitazioni intorno alle questioni sociali, tra cui l'esclusione dall'accesso alle cure della popolazione povera e fuori dal mercato del lavoro (Osimo e Schraiber 2015).

Fu poi la volta della Medicina Sociale, giunta in America Latina tra la fine degli anni Sessanta e inizio degli anni Settanta, ma con radici europee nella metà del XIX secolo. L'identificazione del carattere sociale della salute e della malattia era infatti chiaramente apparsa tanto in Inghilterra, in corrispondenza della rivoluzione industriale, quanto in Germania e Francia (Enria et al. 2014). Irwin e Scali affermano che “Le campagne di igienizzazione del XIX secolo e molto del lavoro dei fondatori della moderna sanità pubblica riflettevano una consapevolezza delle potenti connessioni tra la posizione sociale delle persone, le loro condizioni di vita e gli esiti in salute” (Irwin e Scali 2007). D'altro canto, la centralità dei fattori sociali e – aggiungono gli autori – delle scelte politiche influenzate dai movimenti sociali nel contribuire agli enormi miglioramenti nella salute della popolazione registrati nei Paesi industrializzati a partire dalla metà del XIX secolo è stata confermata anche da recenti studi epidemiologici e demografici (Irwin e Scali 2007). Nunes sottolinea come sia stato il contesto rivoluzionario della metà del XIX secolo a far sì che molti

medici, filosofi e pensatori si occupassero del carattere sociale della medicina e della malattia (Nunes 2006). Tuttavia, tali processi rivoluzionari furono sconfitti tanto in Francia quanto in Germania, cosa che portò presto a una fine il movimento di riforma della medicina (Rosen 1983).

La Medicina Sociale in America Latina, identificando la dimensione sociale come lo spazio privilegiato di azione – in connessione con la medicina come intervento sugli individui – rappresenta un'alternativa al riduzionismo biomedico (Osimo e Schraiber 2015). In effetti, oltre che come proposta di intervento sulla relazione salute-società, essa si propone anche di stabilire un campo di studi su detta relazione (produzione sociale di malattia, ma anche produzione sociale di intervento medico-sanitario e relative pratiche professionali). Era l'inizio della crisi del modello sviluppatista di sanità pubblica, che postulava la relazione diretta tra crescita economica e miglioramento delle condizioni di salute. Al contrario, per esempio in Brasile la crescita economica del tempo non stava producendo benefici per le condizioni di vita della popolazione (Osimo e Schraiber 2015).

È importante sottolineare che l'emergenza della Salute Collettiva in Brasile si colloca in un contesto di (resistenza a) un regime autoritario. Vi sono infatti influenze reciproche tra lo sviluppo del progetto di riforma del sapere e delle pratiche mediche e i movimenti per la democratizzazione del Paese, in particolare quello per la riforma sanitaria (Paim e Almeida Filho 1998). Questa stretta alleanza tra la Salute Collettiva e la lotta contro la dittatura e per una riforma sociale è dovuta alla comune “gestazione storica” dei movimenti per il cambiamento (Schraiber 2008). Paim colloca la Salute Collettiva all'interno del più ampio “movimento sanitario”, soggetto collettivo del Progetto di Riforma Sanitaria Brasiliana, associata alla formulazione e alla realizzazione di tale progetto nel processo Costituente (1987-88), nell'elaborazione legislativa e nell'attuazione del *Sistema Único de Saúde* (SUS) negli anni Novanta (Paim 2006). La congiuntura brasiliana è originale ma non unica: analoghe situazioni in Paesi come Argentina, Messico, Brasile, Colombia, Ecuador e Venezuela mostrano confluente tra intellettuali e lavoratori, come forza sociale e politica in movimenti di massa con esiti in lotte specifiche e proposte generali nel campo della salute (Laurell 1989).

Ciò che era accaduto in Italia nei decenni precedenti ha notevolmente influenzato lo scenario riformista in Brasile, soprattutto attraverso gli scritti (nonché la partecipazione diretta) di Giovanni Belinguer. Secondo Guimarães, tra gli elementi più importanti c'è la questione dell'ampliamento della lotta per la salute, con la consapevolezza che una riforma sanitaria realmente innovativa poteva aver luogo solo con la partecipazione attiva della società al processo (Guimarães 2016). Tuttavia, il processo di riforma sanitaria ha messo da parte l'approccio processuale del collettivo come potenza, istituzionalizzando un'immagine di collettivo come società civile.

Collettivo e riforma sanitaria in Italia

Tra i processi significativi in Italia, si evidenziano da un lato i movimenti operai e la nascita di una rinnovata medicina del lavoro dalle istanze di riappropriazione della salute (gruppi omogenei, salute in fabbrica, la creazione di Medicina Democratica come “movimento di lotta per la salute” a opera di Giulio Maccacaro), dall'altro il movimento antistituzionale in psichiatria, la lotta nei e ai manicomi (Franco Basaglia e il movimento di Psichiatria Democratica). Analogamente a quanto visto per l'America Latina, anche nel nostro Paese queste “turbolenze” nel campo della salute, connesse tanto a un ampliamento del campo della medicina quanto a un progetto di riforma sanitaria, si collocavano in più ampi scenari di mobilitazione sociale. Benché la condizione politica fosse assai diversa in termini di democrazia formale e assetto dello Stato, anche in Italia vi erano istanze non rappresentate nel livello istituzionale che chiedevano spazio di azione e intervento.

Berlinguer afferma che la concretizzazione della riforma sanitaria italiana trova le sue radici nell'ampliamento della lotta per la salute, ovvero in un processo a carattere collettivo (Berlinguer 1974; Berlinguer, Fleury, e Campos 1988). Seguendo Guimarães, analizziamo in maniera approfondita questo concetto esplorandone le dimensioni intensive, correlate allo spostamento di rapporti di forza e alla generazione di nuove formazioni di saperi e pratiche (Guimarães 2016). Le figure centrali di Maccacaro e Basaglia sintetizzano le principali tematiche collocate nello scenario pubblico del tempo, particolarmente conflittuale, e in particolare lo snodo centrale della salute nella relazione tra capitale e lavoro.

Prendendo spunto dall'analisi marxista dei rapporti di produzione, Maccacaro mette in luce la subordinazione della salute agli interessi del capitale, e la funzione essenziale della medicina nel mantenere la condizione di predominio del capitale sul lavoro. Il paradosso del capitalismo, secondo Maccacaro, è che logora la salute della forza produttiva di cui ha bisogno. La medicina è dunque essenziale, entro un certo livello, per la sua stessa riproduzione. Con il concetto di “medicalizzazione della politica” si esprime il controllo sociale esercitato dall'oggettivazione delle persone e dalla loro riduzione alla diagnosi, che sotto l'egida della razionalità tecnica mette in atto varie strategie di contenimento terapeutico degli individui non conformi al modello produttivo. Questo processo di medicalizzazione si esprime tanto nello spazio privato dell'esperienza individuale, quanto in quello pubblico, estendendosi all'intera società e agendo sull'immaginario. Si produce così coerenza tra ciò che è desiderato dall'individuo e ciò che viene offerto come prodotto per essere consumato (capitale come relazione, connesso alla salute in rapporto di forza).

Parallelamente, Basaglia volge il suo sguardo alla violenza strutturale delle istituzioni, e al ruolo dei tecnici nel consentirle – tamponandone gli effetti ma al tempo stesso riproducendola – di continuare a esercitare il suo potere sulle persone povere, matte, emarginate. Il processo di istituzionalizzazione comporta la naturalizzazione della pratica di cura occultandone, tanto agli operatori quanto ai pazienti, la natura repressiva.

Nel commentare queste esperienze attraverso lo sguardo genealogico, Guimarães pone come punto comune “la medicalizzazione della vita, intesa come una forma di violenza prodotta dal sapere medico, che utilizzava le strutture e gli apparati sanitari facendoli funzionare come fabbriche di oggettivazione del malato e della sua esperienza, con impatto sul desiderio e sulla capacità di costruire resistenza” (Guimarães 2016). L'accento è posto su come il processo di oggettivazione agisca come regolatore dell'immaginario, o della capacità di produrre novità possibili. La forza del nuovo pensiero di “politicizzazione della salute”, rompendo con l'oggettivazione prodotta dalla razionalità tecnica e mostrandone i limiti, agisce quindi come parte di un processo di destabilizzazione, che genera una crisi e attiva la possibilità di una nuova conoscenza, di un nuovo immaginario istituyente.

L'emersione di queste lucide concezioni che aggrediscono direttamente l'idea della scienza e della tecnica come agenti neutrali, per collocarle al centro del campo di forze oggetto della contesa politica, non sono scindibili dai processi di mobilitazione che ne hanno accompagnato la genesi. Infatti, è la fabbrica il luogo dove il contatto tra elementi politici legati al mondo della produzione ed elementi tecnici provenienti dalla medicina genera nuove idee, all'interno di una mobilitazione operaia molto dinamica. In quel periodo di forte critica delle forme tradizionali di rappresentatività, orientate al consenso e alla pacificazione sociale, le istanze di partecipazione e autogestione provenienti dal mondo operaio costituiscono il terreno per la nascita di pratiche innovative anche nel campo della salute.

Il tema della partecipazione è particolarmente centrale al pensiero di Maccacaro, e al processo di riforma sanitaria, sebbene in un'accezione (e, direi, un'esperienza) che ha poco a che vedere con le forme che oggi si dichiarano sui siti internet delle istituzioni di ogni forma e livello. L'ampliamento dello spazio di partecipazione nella lotta per la salute era infatti considerato vitale per consentirne lo sviluppo. Era importante che le persone fossero coinvolte direttamente nella costruzione di una “coscienza sanitaria”. Il collegamento tra partecipazione e lotte è per Maccacaro l'unica garanzia di autenticità ed efficacia del processo: “noi crediamo che alla partecipazione autentica non basti mai l'articolato di una legge ma occorra sempre l'impegno di una lotta: che si sviluppa continuamente nell'identificazione dei suoi obiettivi, che si accresce progressivamente nell'allargamento del suo campo, che non riconosce limiti a questo campo né ammette che esista l'ultimo di quegli obiettivi.” (Maccacaro 1976).

Per partecipazione Maccacaro intende autogestione nel governo sanitario (appropriazione autonoma delle questioni, non in un processo mediato dallo Stato, in forma gerarchica e autoritaria), non consenso o cogestione. L'importanza risiede nella sua processualità, come capacità di accompagnare movimenti di riappropriazione soggettiva delle esperienze per generare risposte che portano cambiamenti concreti nel quotidiano. Nel porre il collettivo al centro della partecipazione, egli non si riferisce a gruppi di persone, ma ad aggregati di consapevolezza comune intorno a questioni trasversali, in cui cessa l'azione oggettivante del sapere medico e si genera una potenzialità di

cambiamento nelle dinamiche. Sono dispositivi intermedi capaci di decostruire/denaturalizzare le posizioni storicamente definite del lavoratore, del malato e della comunità, generando un cambiamento nelle relazioni e la produzione di nuove soggettività. In questo modo la condizione individuale era il punto di partenza per trasformare realtà oggettiva in comunità soggettiva.

La storia della riforma sanitaria è poi quella dell'istituzionalizzazione, dove le istanze partecipative sono recluse in spazi burocratici e depotenziate. Un progressivo disincanto sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) così come concepito dai suoi padri fondatori ha fatto seguito al disegno, attuato con i decreti legislativi 502/92 e 517/93, di fondare la sanità sulle leggi del mercato e della concorrenza. Secondo Stefanini “Appare sempre più evidente che organi di potere non eletti come le aziende sanitarie non godono della legittimazione necessaria per prendere decisioni critiche che riguardano la salute di tutti di fronte, per esempio, alla scelta tra servizi ospedalieri e servizi territoriali o di come allocare risorse limitate. Le problematiche coinvolte in tali decisioni sono di natura sostanzialmente non tecnica ma politica e richiedono giudizi non soltanto professionali ma anche e soprattutto di valore.” (Stefanini e Bodini 2014). Rapidamente dunque, anche sotto le spinte del neoliberalismo che inizia a diffondersi dai primi anni Ottanta, la cultura di produzione della salute viene progressivamente sostituita da una cultura di prestazione dei servizi. La partecipazione è integrata come pratica di raccolta dei bisogni di salute, in cui nuovamente la razionalità tecnica filtra ciò che è pertinente e ciò che non lo è, in base all'offerta – in una logica produttore-cliente. Berlinguer riassume bene quanto accaduto in un editoriale di commemorazione dei venticinque anni del SSN, riportato sul giornale “Sanità24” in occasione della sua scomparsa (Turno 2015):

«Non è, infatti, retorico affermare che il soggetto principale è stato in grande misura il popolo, insieme agli specialisti; e che l'oggetto fondamentale è stata la salute in sé, insieme alle cure e insieme alla dignità della persona e ai diritti del corpo e della mente. Se guardiamo, insieme alla storia legislativa, le cronache di quel che accadde nella società e nella cultura, vediamo che in quel decennio inquieto e tumultuoso (1968-1978) si svilupparono idee, movimenti, lotte ed esperienze assai differenziate fra loro, ma convergenti nel valorizzare libertà e diritti delle persone e nel chiedere allo Stato ben più delle mutue. [...] ...ma le difficoltà cominciarono subito. Ricordo di aver detto, nella dichiarazione di voto, che il maggior rischio stava nella contraddizione tra una legge promossa soprattutto dalla sinistra, e la prospettiva di un Governo guidato da forze recalcitranti ad applicarla. Nel successivo cambio di Governo le decisioni andarono ben oltre i miei giustificati timori: il ministero della Sanità fu affidato a Renato Altissimo, rappresentante del partito liberale, l'unico partito che aveva votato contro il SSN. Molti dissero allora: si è dato il formaggio in custodia ai topi. Poi venne De Lorenzo. Le difficoltà maggiori però si manifestarono con il mutamento del clima internazionale. Nello stesso anno la signora Thatcher vinse le elezioni in Inghilterra, e due anni dopo vinse negli Usa Ronald Reagan: due conservatori rivoluzionari, che insieme agli economisti della scuola neo-liberal avviarono la demolizione di molti diritti, anche nel campo della Sanità e del welfare. Nello stesso periodo,

l'Organizzazione mondiale della Sanità fu indebolita e si accrebbe (nel campo della salute) l'influenza delle agenzie finanziarie e commerciali dell'Onu.»

In conclusione a questo *excursus*, riassumiamo le direttrici principali dei movimenti analizzati in Brasile e in Italia. Nel primo caso, la genesi di un nuovo campo della salute (Salute Collettiva) fortemente connesso alla lotta per la democrazia e alla riforma sanitaria. Un'area di saperi e di pratiche che si è a sua volta istituzionalizzata in una disciplina accademica, con una ricca produzione teorica e tradizione formativa. In un processo, tuttavia, di progressivo allontanamento dai movimenti, verificatosi già a partire dalla stesura della legge di riforma sanitaria (Berlinguer, Fleury, e Campos 1988) e con conseguenze sulla fertilità generativa del concetto di collettivo.

Nel caso dell'Italia, una centralità della fabbrica come luogo di analisi, riflessione, pratica e lotta. Un campo di saperi che non si istituzionalizza ma agisce tramite le coscienze (dei) militanti, gli spazi di collettivo che si aprono e generano nuovi immaginari di salute e di società. Anche in questo caso, il processo di riforma non riuscirà a mantenere lo slancio trasformativo della fase istituyente. Inoltre, la mancata costituzione di un campo di saperi – pur avendo contribuito a mantenere l'ambito aperto a ogni soggettività nel periodo di lotta – ha comportato la non trasmissione dei portati innovativi nella formazione dei nuovi professionisti della salute.

Tanto per il Brasile quanto per l'Italia si può parlare, dunque, di processi di riforma incompleti. Che, in una fase già precoce della loro istituzionalizzazione, hanno in qualche modo tradito le istanze più profonde di rinnovamento, pur arrivando al risultato di creare sistemi sanitari di stampo universalistico ispirati a principi di redistribuzione, giustizia sociale, diritti e solidarietà. Ci uniamo a Campos, citato da Guimãraes, nel chiederci: “Quali sono i soggetti collettivi capaci di far avanzare la riforma incompleta?” (Campos 2008, citato in Guimarães 2016).

5. La produzione di collettivo nei movimenti per la salute in Italia

«Vorrei che questa Mapp-azione¹³, che queste interviste, che questa residenziale, avessero l'intento principale di creare rete, creare relazioni, rinforzare quelle che ci sono, dare spazio di riflessione collettiva, far(ci) capire che ci sono mille e più di mille modi per fare le cose in maniera diversa (da quella dominante), e aprire sempre più "vie di fuga" di trasformazione.» (Diario collettivo, 20 febbraio 2015)

Approcci all'analisi

L'intento stesso della ricerca-azione era, entro certi limiti, la produzione di collettivo. Riprendendo le accezioni sopra riportate, si intende qui fare riferimento innanzitutto al concetto di collettivo come processo istituyente, momento (del) comune in grado di generare nuove singolarità (Cohn 1989; Guimarães 2016; Maccacaro 1976). Collettivo dunque non (solo) come gruppo sociale, ma come processo che “implica in più l'entrata di differenti collezioni di oggetti tecnici, flussi materiali ed energetici, entità incorporee, idealità matematiche, estetiche, ecc.” (Guattari e Rolnik 2008).

Per le sue proprietà metodologiche, la ricerca-azione produce conoscenza dall'azione, proponendosi di rinforzarla. Si tratta di una spirale tra teoria e prassi che ha il fine principale di generare conoscenza utile agli attori in gioco, nel duplice senso di “spendibile” ed “efficace”. Nell'ambito poi della ricerca-azione partecipativa (PAR), la dinamica è di tipo emancipatorio, con un focus esplicito sul controllo del processo da parte dei soggetti direttamente coinvolti nella problematica che viene affrontata (Loewenson et al. 2014).

Nel caso del ramo italiano del progetto CSE4HFA, il soggetto in causa è una rete a maglie larghe organizzata intorno a un nodo poroso autodenominatosi “Grup-pa”, neologismo-acronimo e gioco di parole a intendere un gruppo “permanentemente aperto” e a sottolineare le tematiche di genere che – al pari delle altre dimensioni del potere – ne hanno attraversato esplicitamente la traiettoria (per una scrittura collettiva della storia della Grup-pa, frutto del lavoro della prima fase del progetto, si veda Grup-pa 2015).

Seguendo il percorso assunto dal progetto nel nostro Paese, cercheremo di fare emergere alcuni snodi importanti per sottolineare le pratiche intorno alla produzione di collettivo, per la definizione, difesa e ampliamento di spazi di immaginario e azione inediti nel campo della salute. Ci sposteremo da ambiti più pertinenti al piano del processo interno alla Grup-pa, ad altri che riguardano le

13 È stata definita “Mapp-azione” la fase della ricerca-azione in cui la Grup-pa, tramite incontri e interviste individuali e collettive, ha raggiunto e coinvolto gruppi e realtà della società civile attivi sulle tematiche della salute e dei suoi determinanti (vedi pag. 65).

esperienze man mano indagate e poste in relazione, consapevoli che per l'impostazione stessa della ricerca tracciare un confine netto tra "dentro" e "fuori", o "processo" e "risultati", sarebbe un artificio poco utile e limitante rispetto alla profondità dell'analisi.

Ci muoveremo cercando di tenere a mente la complessità e la molteplicità dei piani, utilizzando perciò modalità non gerarchiche né ordinarie ma che – prese nell'insieme – restituiscano una conoscenza utile a orientarsi. Dice Santos che "Ciò che è nuovo o innovativo si può analizzare nei suoi propri termini solo mentre accade. [...] Per resistere alla conclusione, la scommessa nel nuovo deve essere seguita dalla scommessa nella non conclusione, nell'Ancora-No. La seconda scommessa richiede che l'analisi sia sempre altrettanto aperta e incompleta come ciò che si sta analizzando" (Santos 2011).

Law e Mol suggeriscono di non leggere complessità e semplicità come opposti interdipendenti, stretti in un dualismo collegato dalla differenza, ma di provare a ordinare (semplificare) senza chiudere (ridurre) (Law e Mol 2002). Come strategie analitico-espositive (giacché la scrittura è essa stessa rielaborazione e analisi), gli autori suggeriscono alcune modalità. Una prima è l'elenco che, a differenza della classificazione, non ha la pretesa di essere inclusivo e specificare tutte le relazioni (gli elenchi restano aperti a infinite possibilità di aggiunte), né di imporre un'unica modalità di catalogazione su ciò che è incluso (gli elementi di un elenco non sono necessariamente risposte alle stesse domande, ma possono stare insieme in altri modi, secondo legami molteplici). Una seconda modalità è individuata nell'utilizzo di casi o esempi non in quanto rappresentativi di leggi più ampie, ma in quanto fenomeni in sé. In questo senso, un caso può essere comunque istruttivo al di là del suo contesto specifico, ma le lezioni che porta con sé non possono essere trasferite automaticamente senza la consapevolezza che, in altri contesti, ciò che è simile e ciò che è diverso deve essere visto, sperimentato, investigato. Una terza e ultima modalità è quella di procedere per percorsi e storie. A differenza della mappa, che istituisce dettagli collegati ad altri in modo tracciabile, con distanze misurabili e scale, suggerendo relazioni transitive tra realtà separate, il percorso consente di camminare in uno spazio senza averne una vista comprensiva dall'alto, e di essere immersi in un contesto del quale è possibile raccogliere particolari, intrecci, storie (Law e Mol 2002).

A partire da queste suggestioni ci muoveremo, dunque, nel territorio di riflessione e azione in cui la Grup-pa ha preso forma come processo istituyente. Artoleremo due riflessioni distinte sul processo e le pratiche istituenti il collettivo (Collettivo, individualità, contesti intermedi) e sulle modalità di partecipazione interne ed esterne alle istituzioni (Partecipazione, resistenza, conflitto). Sul rapporto tra riflessione e azione caratteristico del processo, seguiremo la Medicina Sociale latinoamericana nel fare riferimento a Gramsci e alla filosofia della *praxis*: "l'essere non può essere disgiunto dal pensare, l'uomo dalla natura, l'attività dalla materia, il soggetto dall'oggetto" (Gramsci 2014). In questa visione l'uomo, in una serie di rapporti attivi (cioè attraverso un processo), entra in relazione con la natura per mezzo del lavoro e della tecnica, e ogni individuo, associandosi a chi vuole il suo

stesso cambiamento, “può ottenere un cambiamento ben più radicale di quello che, a prima vista, può sembrare possibile” (Gramsci 2014). Nella tradizione latinoamericana, questo rapporto è declinato sulla partecipazione comunitaria nei processi decisionali e sul coinvolgimento dei movimenti popolari e dei gruppi marginalizzati come le comunità indigene, al fine di avviare una trasformazione politica dal basso (Waitzkin et al. 2001b; Solar e Irwin 2007).

Sempre sul rapporto tra riflessione e azione ci riferiremo anche allo scambio tra Foucault e Deleuze (Foucault e Deleuze 1972), che mette a fuoco due aspetti fondamentali:

1. La relazione che sussiste nell'applicazione di una teoria non è mai una relazione di somiglianza; piuttosto, la pratica è un set di collegamenti tra un punto teorico e un altro, e la teoria è il collegamento tra una pratica e un'altra.
2. Solo coloro che sono direttamente coinvolti possono parlare in modo pratico a proprio nome; è questa la forma di discorso che conta di più, un discorso contro il potere, “il contro-discorso dei prigionieri e di coloro che chiamiamo delinquenti, non una teoria sulla delinquenza”.

Da un'altra angolatura, Santos sottolinea come “è possibile creare nuovi quadri concettuali e analitici solo sulla base dei processi che generano la stessa necessità di crearli” (Santos 2011). Come spiega Renato Curcio durante un'intervista, impegnarsi nella co-costruzione delle condizioni pratiche per far emergere saperi altri è un processo di emancipazione e riappropriazione, di “coscientizzazione” in termini freiriani, che – rompendo con i condizionamenti sociali propri del sapere istituzionalizzato – apre la strada all'immaginazione di nuove possibilità di azione e trasformazione delle condizioni strutturali:

«C'è una modalità [...] in questa società molto svalutata che è la produzione non istituzionale del sapere, quindi non istituzionalizzata, che è un percorso importante perché non è preoccupato di dar voce a figure accreditate e di muoversi all'interno di codici culturali da rispettare ma più preoccupato, invece, di raccogliere dal basso della vita sociale quelle tensioni e quelle voci che hanno bisogno di esprimersi, [che] hanno un sapere da proporre, il sapere della loro esperienza, della loro vita. Hanno quindi [...] delle grandi chance di rinnovamento dell'immaginario perché si muovono senza i vincoli dell'istruzione, cioè hanno la possibilità [...] di muoversi su dei territori che non vengono solitamente considerati come rilevanti dalle istituzioni ma che, da un punto di vista della produzione del sapere, possono essere di straordinaria efficacia perché innovativi, creativi, fluidi, capaci di essere fuori dalle dimensioni conformizzate, dal pensiero unificato, dalla voce che, diciamo così, sta attenta perché ha riserve, paure e tanti altri condizionamenti sociali che invece la produzione del sapere istituzionalizzato inesorabilmente porta con sé.» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

Infine, riprendiamo le parole di Santos che suggeriscono un approccio utile all'analisi, o per un'analisi utile: “Qualunque costruzione teorico-analitica pertanto ha necessariamente una

dimensione pratica. Tale dimensione non deve essere concepita come l'avanguardia di un processo sociale e politico in corso, sempre in procinto di essere tradito da una realtà mediocre. Al contrario, essa è una costruzione in retroguardia che esamina come i processi sociali e politici più stimolanti accumulano temi dimenticati, alleanze perdute, errori non riconosciuti, promesse incompiute, e tradimenti dissimulati.” (Santos 2011).

Collettivo, individualità, contesti intermedi

La forma che la Grup-pa ha scelto di darsi è quella propria di un processo partecipativo, caratterizzata da apertura in entrata e in uscita. In esso, la base è la libera adesione delle persone partecipanti e l'implicazione da ciascuna/o negoziata con il processo comune. Processo che, ben inteso, è generato e guidato dall'insieme delle persone.

La dinamica è interessante perché pone al centro le persone e il loro benessere. Sarebbe paradossale, infatti, una ricerca sulla salute che “ammala” il gruppo soggetto.

«Il tentativo, sin dall'inizio, è stato quello di dotarsi di strumenti organizzativi congruenti con i metodi e i fini della ricerca-azione. Questo perché non vi era un semplice interesse nel ricercare le esperienze di attivismo in salute, ma l'intenzione era quella di promuovere e generare salute anche attraverso il processo di ricerca-azione, sia all'interno del gruppo sia al suo esterno. Questo è stato possibile, non senza difficoltà, provando a restare costantemente in ascolto delle esigenze collettive e di ciascuna persona, utilizzando metodi di confronto partecipativi e non violenti per facilitare il processo e affrontando esplicitamente l'ambito delle relazioni interpersonali.» (Grup-pa 2015)

Parlando di gruppo soggetto, oltre che alla ricerca-azione partecipativa facciamo riferimento alla definizione di Guattari secondo cui esso si contrappone al gruppo sottomesso: “la vocazione del gruppo soggetto consiste nel gestire, nella misura del possibile, la propria relazione con le determinazioni esterne e la sua propria legge interna. Al contrario, il gruppo sottomesso tende a essere manipolato da ogni determinazione esterna e a essere dominato dalla propria legge interna (super-io).” (Guattari e Rolnik 2008). Il gruppo soggetto, per lo meno nell'accezione della Grup-pa, non è uno stato, una condizione data o da raggiungere, ma una tensione costante.

Un esempio a questo proposito è il dispositivo di coordinamento: riunioni periodiche a calendarizzazione condivisa ma libera partecipazione. Non un “gruppo di coordinamento” ma un “processo di coordinamento”, aperto a chiunque abbia interesse e disponibilità. Libertà e responsabilità sono i poli di tensione in grado di mobilitare l'energia dinamica e produrre intensità, così come di generare paralisi. L'apertura è il terreno di produzione dell'energia.

Libertà e responsabilità si riproducono sul piano individuale (di ciascuna persona nella Grup-pa rispetto alla Grup-pa) e su quello collettivo (della Grup-pa rispetto al più ampio processo di ricerca-azione, e all'intero movimento). Nel primo caso, la determinazione è interna; nel secondo, è anche funzione dei gradi di implicazione, che sono variabili (e variamente distribuiti anche nella Grup-pa). Inoltre i due piani sono fittamente collegati e riverberano uno sull'altro, per tramite delle persone.

Molto spesso, negli ambiti istituzionali, ci troviamo di fronte a gruppi sottomessi: un gruppo universitario di ricerca è manipolato dalle regole e dai canoni di produzione di conoscenza all'interno di una determinata disciplina, dai meccanismi di valutazione e il loro legame con la carriera, dalle priorità dei finanziamenti, e spesso il suo funzionamento risponde a rigide gerarchie interne; un gruppo di lavoro in una struttura sanitaria è manipolato dai criteri di organizzazione del servizio e risente della divisione dei ruoli; ecc. Se da un lato sembra doveroso affermare che il concetto di determinazione non è mai assoluto, è altrettanto vero che nei contesti istituzionali è difficile sovvertirla fino in fondo. Nell'esperienza del CSI, per esempio, la “legge interna” ha bandito ogni forma di gerarchia. Tuttavia, nulla e nessuno poteva impedire che la determinazione prodotta dal contesto universitario consentisse solo ad alcune persone un inserimento (precaro ma) strutturato, con implicazioni in termini di responsabilità e potere non annullabili e riverberanti nel gruppo.

Il concetto di istituzione è qui impiegato nel senso dell'analisi istituzionale, ovvero non coincide con la struttura fisica o organizzativa di entità come un ospedale, una scuola, un carcere, bensì fa riferimento alle regole di funzionamento stabilite per un dato contesto. Il concetto descrive piuttosto le caratteristiche intensive di un processo, che quelle estensive di una realtà.

Cerchiamo di capire come, nella Grup-pa, collettivo e processo istituyente abbiano dialogato con la produzione di soggettività delle persone coinvolte; e perché questo abbia una rilevanza per l'ambito della (promozione della) salute.

Nella mia tesi di specializzazione, ho analizzato uno scenario nel panorama culturale e pratico di una certa “salute critica” (identificata nell'area della salute globale) che per molti versi costituisce il “brodo di coltura” della Grup-pa. Si tratta di movimenti che hanno intessuto una rete di relazioni e pratiche in grado di generare forme alternative di sapere e di formazione in salute. Inoltre, associandosi a più ampi processi di trasformazione macro-sociale (globalizzazione/internazionalizzazione, diffusione delle nuove tecnologie, ma anche flessibilità/precarizzazione dei contesti di vita e lavoro e declino delle forme “tradizionali”, o moderne, di aggregazione sociale), tali movimenti sono stati in grado da un lato di far proprie pratiche provenienti da altri gruppi e contesti, dall'altro di amplificare il proprio raggio d'azione tramite forme indirette di “contaminazione”. Rimandando al lavoro in esteso per una trattazione approfondita (Bodini 2013), riassumiamo qui alcuni aspetti salienti:

- Il movimento intorno alla (formazione in) salute globale in Italia – inteso in senso molteplice (di persone, idee, istituzioni, fenomeni, pratiche, relazioni, reti) – ha agito come

processo di soggettivazione, ovvero di emersione di soggetti “in eccedenza” alla norma; più che una contrapposizione, una via di fuga che poi (si) amplifica. Con Guattari, intendiamo soggettività non come cosa in sé, essenza immutabile, ma come qualcosa che esiste in funzione di un'agentività che la produce. Al di là dell'apparire della soggettività individuale, è interessante analizzare quali sono i processi di soggettivazione (Guattari e Rolnik 2008).

- Il movimento ha agito istituendo spazi di eccezione, modalità in grado – anche solo temporaneamente – di rendere visibili alternative che accolgono, aggregano (produzione di collettivo). Un corso elettivo di salute globale non è in sé trasformativo, ma può rappresentare il (solo) momento in cui è possibile prendere contatto con la costruita oggettività e razionalità del nostro mo(n)do di sapere, e dunque immaginarne/immaginarsi altri.
- Il terreno “materiale” in cui il movimento si dà (nel duplice senso di accadere e rendersi manifesto, visibile) è quello di pratiche e processi (inter)soggettivi al tempo stesso personali e collettivi. L'individuo si fa (si legittima come) persona anche grazie al collettivo, che tutela, identifica, offre contesti dove essere “altri” e sperimentarsi/sperimentare “altro”, amplifica le potenzialità, dà accesso a modi/spazi/risorse irraggiungibili come singoli. Tramite le persone, il collettivo emerge come soggettività legittimata, esistente, non semplice somma dei partecipanti né appartenenza astratta, ma spazio autonomo di(s)senso e significato politico. Una co-costruzione desiderata, immaginata, che prende forma nelle pratiche e che continuamente trasforma (il sé, se stesso, il “fuori”). Al contempo spazio autogestito di partecipazione e sperimentazione, senso collettivo dell'agire, solco di indirizzo per le scelte individuali, identità simbolico-materiale di legittimazione del posizionamento personale. In altri termini, personale e collettivo tornano a essere domini profondamente politici, perché visibili e intenzionati da scelte posizionate, esplicitate nello spazio pubblico.
- Il movimento segue/si dispone in/riempie spazi di pensabilità e possibilità al tempo stesso necessari (è il contesto più ampio che li genera/induce) e contestuali/casuali (con altre persone, in altri momenti, sarebbero differenti), e contribuendo a crearli ne assume le forme. Così, la salute globale rende pensabile e fattibile un altro modo di intendere la salute e la/nella società, ma è il desiderio di altro – e la sua possibilità, immaginata insieme da alcune persone in determinati spazi e tempi – che rende la salute globale (in Italia) un territorio “in fermento” anziché egemonico (come è avvenuto in molti altri contesti). Analogamente, l'istituzione (università) rende possibile la legittimazione e riproduzione di un qualcosa, ma sono le pratiche di autogestione e partecipazione, se/che pongono i soggetti al centro, gli elementi chiave perché il processo si mantenga trasformativo senza istituzionalizzarsi.

Interessa qui riprendere questi spunti perché saranno rimessi in gioco, tramite le biografie personali e gli intrecci relazionali “transitati” da un contesto all'altro (incorporati in pratiche comuni; ovvero,

pratiche incorporate in biografie e relazioni), anche nel processo della Grup-pa, che con il movimento della salute globale è in continuità/espansione: “Pratiche in grado di (ri)mettere in circolazione il desiderio e la ricerca di senso, la costruzione di relazioni significative e significanti in uno spazio collettivo, la sperimentazione di sé e della trasformazione in senso emancipatorio/partecipativo prima in contesti protetti e poi nel 'fuori', con gradi crescenti di conflittualità interna-esterna.” (Bodini 2013).

Il fatto che molte delle persone della Grup-pa provengano da un lungo percorso di elaborazione comune di saperi (critici) e pratiche (di autogestione) ha senz'altro influenzato la scelta costitutiva in forma aperta e processuale. Si tratta di mettere a frutto l'esperienza, farla rivivere trasponendola in un terreno inedito (si omette volutamente un soggetto, non tanto o non solo perché si tratta di soggetto molteplice, ma per tener fede alle connessioni nel processo distribuendo la “responsabilità” dell'attuazione del reale sulle svariate materialità attivamente coinvolte, Mol 2002).

La condivisione patrimonio della Grup-pa viene continuamente aggiornata: nuove persone arrivano da mondi diversi portando conoscenze-pratiche¹⁴, si fanno sessioni di autoformazione per scambiarsi visioni e competenze, si scrive e documenta il percorso per chi è (momentaneamente) assente¹⁵. Il processo è tutt'altro che lineare e, soprattutto inizialmente, alquanto faticoso. Gli ostacoli sono molteplici perché a una (più) solida tradizione di pratiche comuni non corrisponde un'altrettanto omogenea distribuzione dei piani di conoscenza (dalla lingua inglese, necessaria per interfacciarsi con i documenti del progetto internazionale, alle metodologie della ricerca-azione partecipativa) e implicazione (variando dal grado massimo di *co-Principal Investigator* nel progetto internazionale – il mio – alla totale estraneità al contesto del *People's Health Movement*).

«La complessità è stata duplice: 1) come assicurarsi che tutto il lavoro venisse svolto, senza imporre compiti e senza far sì che poche persone si assumessero gran parte del carico; 2) come stabilire tempistiche comuni tra persone con disponibilità molto eterogenee (da quasi tempo pieno per alcune, a poche ore alla settimana o nei fine settimana per altre).» (Grup-pa 2015)

La situazione è interessante perché realizza gradi di eterogeneità che si trovano in ogni contesto sociale. Le direttrici di esperienza e competenza (e senza dubbio, se pure in maniera più sommersa, quelle di genere e generazione), nonché i gradi di implicazione vissuti e percepiti, orientano dinamiche di potere con cui è necessario confrontarsi. Proprio l'esplicitazione – vorrei dire, l'intenzionale dissezione – di tali dinamiche porta a progressive destrutturazioni di compiti, ruoli, funzioni. In questo senso è gruppo soggetto, che continuamente rinegozia la propria legge interna:

«Le società patriarcali mostrano la loro cultura non solo attraverso il linguaggio, ma anche con i modi attraverso i quali il potere viene distribuito al loro interno. Per questo

14 Utilizziamo questa formula per intendere l'inscindibilità tra teoria e prassi.

15 Oltre ai verbali di ogni incontro e riunione, il materiale è variegato e include registrazioni audio e video, foto di cartelloni e lavori di gruppo, produzioni artistiche (collage, disegni, installazioni), diari collettivi e infiniti scambi di mail.

motivo, come Grup-pa abbiamo scelto di essere un gruppo collaborativo, nel quale compiti e ruoli sono distribuiti seguendo i desideri e i talenti delle persone. Questo approccio si differenzia dal modello piramidale e gerarchico di distribuzione del potere: all'interno della Grup-pa, il tentativo è quello di far assumere alla struttura organizzativa le caratteristiche delle persone che la compongono e non viceversa. O, ancora meglio, la struttura organizzativa e le persone che concorrono a formarla sono in un rapporto di interdipendenza: struttura (organizzazione) e funzione (persone) si influenzano reciprocamente.» (Grup-pa 2015)

Sempre più si fa spazio nella Grup-pa un terreno relazionale diffuso dove le persone hanno titolo di essere non in funzione di un'adesione a un progetto definito, a un'ideale condiviso, a un impegno preso. Nel momento di massima potenza istituyente (progettazione della prima fase della ricerca-azione), ogni persona trova spazio per il proprio progetto nel movimento collettivo.

«Il nostro obiettivo era quello di far emergere gli interessi che ognuno di noi aveva, ma ancora di più era quello di far diventare questi interessi, non gli interessi di qualcuno ma gli interessi del gruppo.» (Diario collettivo, 26 novembre 2014)

I gradi di libertà sono ampi. Una struttura di intervista (aperta, narrativa) comune, il mandato condiviso (nel senso di deciso insieme) di esplorare e mappare, entrandovi in relazione, gruppi attivi nella “lotta per la salute” in Italia, un desiderio all'orizzonte di contribuire alla creazione di (un) movimento per la salute in Italia, in grado di opporsi alla frammentazione del tessuto sociale conflittuale rispetto all'ordine socioeconomico vigente. Oltre a questo, massimo grado di auto-organizzazione per le persone nel decidere se agire sole o con altre, e verso dove (territorialmente in Italia, e per ambito di movimento). Determinazione esterna limitante, esposta e problematizzata: i tempi della ricerca internazionale.

«Questo entusiasmo, questa tensione-appassionata, credo vada valorizzata e tutelata. Tutelata da cosa? Dai tempi e dalle esigenze del progetto. Il progetto ha delle esigenze che sono esterne al gruppo di ricerca (a noi, alla Grup-pa) e nonostante noi vogliamo considerarlo come uno strumento, nonostante noi vogliamo creare un processo aperto, partecipato e collettivo, con questi tempi dobbiamo farci i conti.» (Diario collettivo, 26 novembre 2014)

Vale la pena soffermarsi su due termini rilevanti. Il primo è l'accezione di “lotta per la salute”. Il riferimento, come da progetto internazionale, è alla lettura che vede alla radice di molte delle problematiche di salute l'ineguale distribuzione di risorse che l'attuale sistema socioeconomico (neoliberismo) genera, mantiene e accresce:

«Humanity faces a persisting global health crisis, manifest prominently in the various reports around the MDGs (United Nations 2012). While some progress has been made, the preventable and treatable disease burden remains at crisis levels in absolute terms and, in some respects, the inequalities are widening (Sala-i-Martin 2002). Humanity

has in aggregate sufficient material resources and technologies to deliver decent health care and healthy living conditions for all. The critical questions concern how humanity collectively decides to allocate those resources.» (Proposta progettuale CSE4HFA)

Si tratta dunque di affrontare la situazione schierandosi a favore di una redistribuzione di potere e risorse, giacché “ogni lotta si sviluppa intorno a una particolare forma di potere” (Foucault e Deleuze 1972).

La seconda sottolineatura riguarda l'articolo “un” posto tra parentesi prima di “movimento”. Una sfumatura grammaticale che evidenzia il finale aperto, l’“Ancora-No” di cui parla Santos riprendendo Bloch (Santos 2011). Se da un lato questa mancanza di programmaticità definita può sembrare un limite alla realizzazione di obiettivi specifici, si tratta di una scelta intenzionale che guarda al processo come ambito intensivo di produzione, mantenendo un grado di non specificità e apertura che consente di aumentarne la potenza.

«La discussione inizia a prendere molto tempo e si prolunga al di là del tempo previsto. Ho la sensazione, che poi ho verbalizzato, che si voglia arrivare ad un “e quindi” cioè trovare il bandolo della matassa, capire. Tensione comprensibile, tuttavia, da quella che è la mia esperienza, non credo che si riuscirà a capire cosa la ricerca-azione sia continuando ad oltranza la discussione. Propongo infatti di rimanere con dubbi e domande aperte e di riprenderle costantemente nel corso dell’esperienza che il progetto ed altri processi prevederanno per noi.» (Diario collettivo, 26 novembre 2014)

Dicevamo che il momento più intenso del processo istituyente si può collocare durante l'elaborazione e la prima realizzazione della fase uno della ricerca-azione. Questa affermazione merita un'argomentazione dedicata. Innanzitutto, in questa fase (collocabile tra ottobre 2014 e dicembre 2015; vedi Allegato I - Cronogramma delle attività) la Grup-pa vede la partecipazione attiva del maggior numero di persone (35-40), gli incontri di persona sono frequenti e gli scambi virtuali molto intensi. È anche il periodo in cui ci si dedica alla costruzione degli strumenti di lavoro, sul piano teorico, analitico e relazionale:

«Alla formazione sulle capacità personali e relazionali e sulle metodologie di gruppo è stata data importanza pari a quella per la formazione più tecnica sulle metodologie di ricerca. Questo è coerente con la visione secondo cui, nella ricerca-azione, soggetto e oggetto sono strettamente interconnessi. Di conseguenza, l'individuo e/o il gruppo sono centrali per il processo di ricerca: se una persona non è consapevole delle proprie implicazioni nel campo, e non presta attenzione alle emozioni e sensazioni che emergono durante la ricerca né a quelle delle altre persone del gruppo, il processo può essere fortemente limitato o distorto. Al contrario, affrontando direttamente e condividendo questi aspetti all'interno del gruppo, la congruenza tra metodologia di ricerca e azione aumenta, così come la credibilità e l'impatto della ricerca-azione stessa.» (Grup-pa 2015)

Proprio l'intensità dell'investimento personale, e lo spazio di accoglienza nella dimensione del gruppo soggetto, è l'aspetto che più caratterizza questa fase. Naturalmente, l'implicazione di tale apertura è la necessità di tenerne conto nelle scelte organizzative: “far assumere alla struttura organizzativa le caratteristiche delle persone che la compongono” non è una dichiarazione di intenti, ma un fatto di *praxis*. L'elemento di “tenuta” è proprio la co-costruzione del piano teorico, analitico, organizzativo e relazionale di cui sopra, ma è un processo continuamente a rischio di sopraffazione.

«Il modo lento e riflessivo che ci contraddistingue ha lasciato spazio a urgenze e prese di posizione. Sempre più spesso è la fretta a determinare le nostre scelte; è solo l'etere in cui ci confrontiamo; mail, skype... nessuno che si può arrabbiare, perché in due ore si deve dire tutto, nessuno che può ridere perché in due ore si deve finire tutto, nessuno che può raccontarsi, perché in due ore si deve finire tutto. Ma la nostra forza trasformativa non è questa. Compresso comprimì compresso comprimì compresso comprimì compresso comprimì compresso comprimì comprì» (Diario collettivo, 11 giugno 2016)

In questa fase, dunque, la Grup-pa esplica il suo potenziale verso l'esterno, realizzando ventinove interviste attraverso molteplici incontri, spostamenti, viaggi, intrecci in un processo chiamato “Mapp-azione” (vedi Fig. 9).



Fig. 9: Realtà raggiunte tramite la ricerca-azione in Italia (Mappazione, Grup-pa 2015).

Una fase di espansione e intensa esposizione a oltre venti tra gruppi, associazioni, reti e collettivi impegnati a vario titolo nella “lotta per la salute”:

«Il progetto, inteso come ricerca-azione partecipata, non si fonda sulla raccolta di dati da parte di ricercatori e ricercatrici ‘esperti/e’, ma sul coinvolgimento di persone e realtà che hanno voglia di condividere esperienze significative e, insieme, di analizzarle. Alla base vi è infatti l’idea che la conoscenza origina dalle pratiche ed è co-costruita dalle persone che a esse prendono parte.» (Da un volantino della Grup-pa)

Il materiale via via raccolto, trascritto e condiviso mette in risonanza soprattutto i punti su cui la Grup-pa più ha lavorato e si interroga: funzionamento interno, apertura, sostenibilità, generatività delle esperienze auto-organizzate (vedi Fig. 10). Il focus, in altre parole, è sulle pratiche “di salute” in atto, e come si declinano nei diversi territori di lotta (ambiente, cibo-territorio, genere, educazione, arte e cultura, “altreconomia”):

«L’intento più ampio è quello di ripoliticizzare e risignificare, tramite il confronto collettivo, il concetto di salute, sia attraverso la critica alla prospettiva biomedica dominante sia attraverso la proposta di prospettive differenti (che cos’è salute?). E vorremmo fare ciò praticando, sperimentando e condividendo forme alternative di

“fare salute” che riguardino (anche) il funzionamento dei processi decisionali, organizzativi e di sostenibilità dei movimenti (chi fa e come si fa salute?).» (Grup-pa 2015)

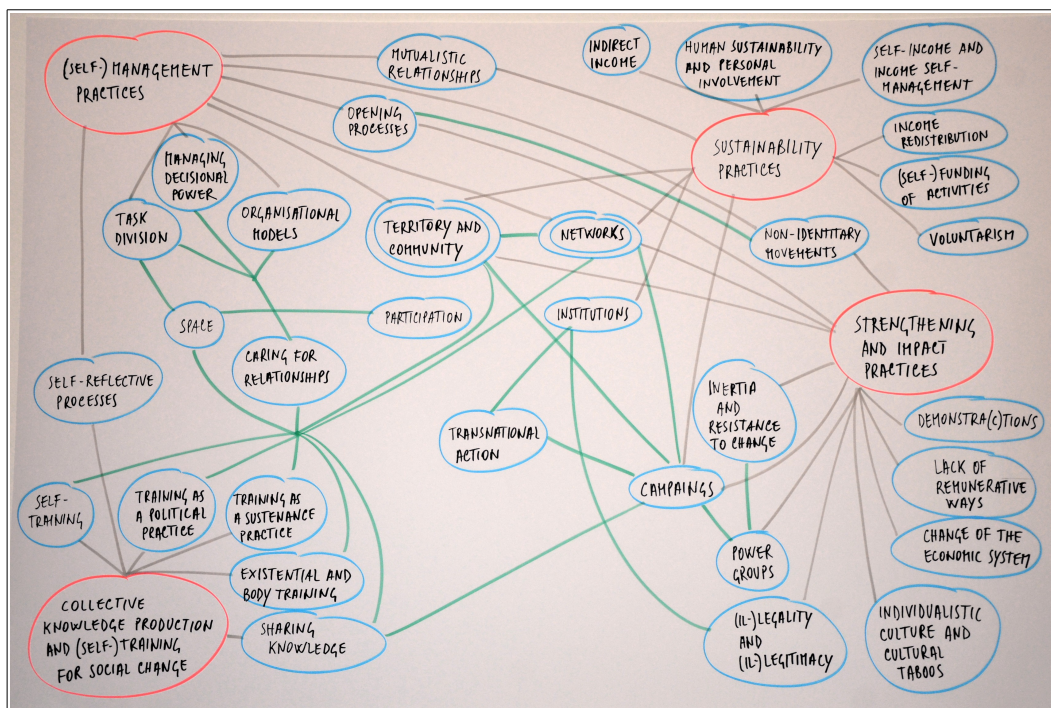


Fig. 10: Mappa concettuale, fase uno della ricerca-azione in Italia (Grup-pa 2015).

Ecco dunque che la dimensione (processuale) del collettivo si sposta dal nucleo generativo (Grup-pa) e muove tramite connessioni molteplici. Abbandonando ogni linearità descrittiva, potremmo già situare la Grup-pa in un collettivo esistente che è quello delle pratiche di autogestione e riappropriazione, facendo riferimento qui non a un principio autarchico o conflittuale a priori, bensì a esperienze che pongono al centro della loro esistenza la propria liberazione dai vincoli di mercato e sfruttamento imposti dal capitalismo. Tra queste, tante che fanno parte del cosiddetto “welfare dal basso”, esperienze che realizzano “configurazioni variegata di conflitto sociale, [...] non facilmente collocabili in modo univoco nel campo dei conflitti distributivi o in quelli per il riconoscimento di identità, condizioni sociali, professionali, ecc.” (De Sario e Lenzi 2015). Secondo gli autori, questi conflitti non sostituiscono semplicemente i conflitti precedenti (contrapponendosi o raccogliendone il testimone), ma “tornano a ripolitizzare campi consolidati dell'azione sociale, traducendoli in qualcosa di nuovo e non necessariamente coincidente con le tradizioni politiche: dagli stessi movimenti sociali all'azione sindacale, dalle culture professionali alle attività economiche cooperative, dall'associazionismo all'attivismo urbano.” (De Sario e Lenzi 2015). Si tratta di esperienze che caratterizzano le fasi di crisi, in cui emerge la centralità del *welfare* come sensore dei complessi equilibri del legame sociale. Tradizionalmente al *welfare* è infatti ascritta la capacità di allentare, anche se solo relativamente, la dipendenza degli individui dalle logiche del mercato

(funzione di de-mercificazione). Tuttavia il neoliberismo, specialmente quello di stampo europeo, risignifica le funzioni dello Stato in funzione del mercato. In altri termini, “la trasformazione neoliberale dello stato modifica le stesse politiche redistributive, che smettono progressivamente di avere per oggetto una più eguale distribuzione delle capacità di consumo e per funzione quella della protezione degli individui dai meccanismi del mercato.” (De Nicola 2015). La redistribuzione, come forma allocativa tipica dello Stato, passa da una logica che punta a compensare le diseguaglianze e i rischi prodotti dal mercato (*ex post*), a una che ha per obiettivo predisporre le condizioni di possibilità del mercato stesso (*ex ante*). In queste condizioni, ricorrere a pratiche di auto-organizzazione è spesso l’unica possibilità per i soggetti di agire e reagire alla propria condizione sociale. Inoltre, come fa notare sempre De Nicola, tali strategie “mentre sembrano semplicemente porsi a difesa delle forme della riproduzione sociale consolidate, [...] rappresentano anche un’estensione delle possibilità di vita e la prefigurazione pratica di nuove relazioni sociali e nuovi assetti istituzionali.” (De Nicola 2015).

Il piano emancipatorio delle esperienze raggiunte con la Mapp-azione si muove su più ambiti: dal personale (tempi di lavoro e tempi di vita, scelte di senso, rifiuto della individualizzazione nella famiglia come forma di impresa privata, ricerca e sperimentazione di nuove forme di socialità che lavorano attivamente sulla decostruzione del potere come categoria prestabilita...), al pubblico (liberazione dell’ambiente da grandi opere inutili e dannose, della terra dallo sfruttamento industriale, dell’acqua e della salute da mercificazione e privatizzazione, liberazione dalle costrizioni del genere e della sessualità, delle arti come immaginario in connessione con la produzione di società...), al comune (ipotesi di lavoro, territorio istituyente, nuova auto-istituzione della società fuori dal privato-mercato e dallo Stato-impresa). Aumentare l’impatto sui processi decisionali a ogni livello, e in presa diretta.

È importante non cedere alla tentazione omogeneizzante che istituisce categorie per classificare e chiudere. Come la nostra scelta di narrazione, anche la Grup-pa ha proceduto per elenchi, percorsi e storie (Law e Mol 2002). Il percorso, filtrato dalla soggettività di ciascuna/o-nel-gruppo, ha fatto emergere (costruito) il collettivo di cui eravamo parte. Rendendolo materiale di co-costruzione successiva. I nodi più densi emersi dalla Mapp-azione e successiva “filtrazione” hanno costituito la trama del nuovo ciclo di azione-riflessione, articolato intorno a tre momenti pubblici (aprile 2016, giugno 2016, maggio 2017)¹⁶. L’intento è quello di “ri politicizzare e risignificare la salute per mezzo del confronto collettivo, chiedendoci come le realtà di movimento agiscono sulla determinazione sociale della salute, e se e come queste producono salute al proprio interno e all’esterno” (Volantino Grup-pa, aprile 2017).

Il primo incontro (“Movimenti e *welfare*: quali pratiche tra difesa dell’esistente e trasformazione?”) ha lavorato sul tema del *welfare* pubblico, delle pratiche in sua difesa e delle strategie di auto-organizzazione messe in atto per supplirne le mancanze, con gradi variabili di critica e conflittualità,

16 Il titolo dato alla serie dei tre incontri è stato: “Il movimento fa bene”.

e/o per articolare forme rispondenti a bisogni che – per ragioni burocratiche, economiche, politico-culturali, ecc. – non trovano accoglienza nelle attuali tipologie di servizio a carattere prestazionale (ambulatori popolari, consultorie, occupazioni abitative, ecc.). *Welfare* visto come sistema di controllo ma anche campo di lotta e possibilità, nel tentativo di cogliere la tensione trasformativa tra le esperienze che si producono dal basso e le azioni di difesa di un sistema pubblico in ampio smantellamento. Si intendeva precisamente lavorare su una frattura – culturale, politica e in parte economico-generazionale – che contrappone due anime del composito “movimento sanitario” contemporaneo.

Il secondo incontro (“Costruire spazi e comunità in salute. Pratiche di riappropriazione e autorganizzazione collettiva”) ha affrontato il campo delle pratiche di riappropriazione e autorganizzazione degli spazi (materiali e simbolici), per esplorare se e in che modo questi producono salute e nuove forme di comunità. In particolare, sono stati individuati come nodi critici del confronto l’istituzionalizzazione e/o la legittimazione di esperienze che nascono dall’illegalità; l’inclusività e/o la riproduzione di forme di discriminazione e privilegio all’interno degli spazi autogestiti; le forme creative di riappropriazione dello spazio pubblico e la costruzione di nuovi immaginari costituenti; le possibilità di generalizzazione e l’impatto di queste esperienze al di fuori di confini geografici e identitari.

Infine, il terzo incontro aveva per tema “Il/in comune. Tra personale e collettivo: nuove forme di comunità e sostenibilità”. Riporto integralmente i piani di lavoro, già densi dei contenuti analitici frutto della prima fase di ricerca-azione:

1// Sostenibilità umana: le forme organizzative che le esperienze auto-organizzate si danno per la gestione del potere decisionale, la divisione delle responsabilità e dei compiti, unitamente al livello di coinvolgimento personale e relazionale che tali esperienze richiedono, sono parte integrante della sostenibilità di quell’esperienza a lungo termine, sia a livello personale che collettivo. Scostarsi da modelli organizzativi gerarchici per abbracciarne altri a maggiore livello di co-responsabilità implica infatti una necessità di ripensamento anche personale, nonché una grande attenzione alla cura e alla riconfigurazione delle relazioni. Vorremmo quindi coinvolgere le persone e le realtà interessate in un confronto sulla relazione tra individuo e struttura organizzativa, e in uno scambio delle pratiche che vengono utilizzate per tenere insieme bisogni, aspettative, desideri e funzionamento.

2// Sostenibilità economica: molte esperienze di attivismo e auto-organizzazione creano forme di reddito diretto e/o indiretto, si interrogano su come sia possibile costruire sostenibilità economica facendo dell’attivismo una scelta di vita, mettono in atto pratiche di redistribuzione economica, producono forme di economia alternativa, moltiplicano immaginari sul reddito, anche indiretto, ed esperienze di neomutualismo. Durante l’incontro vorremmo non solo scambiare visioni e pratiche a riguardo, ma anche interrogarci sull’impatto che le nuove forme di sostenibilità generate possono

avere oltre le nostre vite, verso quali cambiamenti strutturali tendano o possano tendere.

3// Sostenibilità delle pratiche del comune in salute: vorremmo riflettere insieme sulla sostenibilità e i possibili campi d'azione delle esperienze auto-organizzate in salute, includendo non solo gli ambulatori autogestiti ma in senso più ampio tutte le forme di collettivizzazione e autodeterminazione dei percorsi di cura e promozione del benessere. Vorremmo capire come queste esperienze si sostengono materialmente, che impatto hanno su chi le anima, che margini di azione si danno e in cosa possono essere trasformativi. Inoltre ci interessa indagare più approfonditamente che rapporti (si) instaurano con le pratiche istituzionali di assistenza e cura, in cosa se ne distanziano sperimentando modalità differenti e in cosa ne ripropongono invece visioni e risposte. (Volantino Grup-pa, maggio 2017)

Al momento in cui scrivo, una rielaborazione collettiva di questa seconda fase di progetto è in corso. Trattandosi di una ricerca-azione partecipata, in assenza del soggetto collettivo sarebbe difficile e poco sensato articolare una riflessione. Tuttavia, prima di chiudere questo *excursus* sul tema del collettivo, vale la pena sottolineare l'aspetto metodologico che ha dato coerenza ai tre incontri pubblici e che – se pure in continua evoluzione – rappresenta l'approccio della Grup-pa alla generazione di movimento.

Seguendo l'idea che “Sono le relazioni che costruiscono i concetti, non i concetti che costruiscono le relazioni” (Lourau, citato nel Diario collettivo, 26 novembre 2014), lo sforzo è quello di mantenere i temi in discussione agganciati alle esperienze, e le esperienze ai gruppi e alle persone che le incarnano, tutelando un grado di apertura e non specificità al fine di consentire a nuovi intrecci (concettuali e relazionali) di generarsi. Curcio parla di “contesti intermedi” per definire luoghi (pratiche, come i cantieri di socioanalisi narrativa promossi dalla cooperativa Sensibili alle Foglie) in cui i soggetti si possono confrontare con e attraverso le condizioni strutturali alla base dei posizionamenti e condizionamenti vissuti (Freire diceva “nessuno educa nessuno, nessuno si educa da solo, gli uomini si educano insieme, con la mediazione del mondo”, Freire 2013).

«[il cantiere] è un'esperienza aperta che è fondata sull'idea, che questi luoghi non istituzionali della produzione del sapere, sono anche luoghi collettivi, luoghi di autogestione e soprattutto questa è il punto centrale della risposta che voglio dare alla tua domanda: sono luoghi intermedi, vale a dire luoghi intermedi tra il singolo, la persona e la persona sociale. Noi oggi siamo una società che ha perso le dimensioni che diciamo intermedie... di momenti comunitari [...] in cui ci si incontra ci si parla, si scambia si discute, si elabora [...] per fare un lavoro su noi stessi, non come autocoscienza ma come un momento intermedio verso... una soggettività più ampia, una soggettività trasversale perché tutta da immaginare, perché i vecchi strumenti che conosciamo dell'organizzazione anche della trasformazione sociale sono in qualche

modo defunti insieme alla società industriale, quindi non sono più utilizzabili le vecchie modalità.» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

Nell'adattamento della Grup-pa, in questi luoghi intermedi ci deve essere spazio di incontro tra persone, per facilitare un mutuo riconoscimento e non la reificazione di piani ideologici contrapposti. Sempre secondo Curcio la produzione del sapere, se diventa un processo collettivo, diventa anche costruzione di significati, verso nuovi immaginari.

Partecipazione, resistenza, conflitto

«L'importante, per la facilitatrice, è arrivare a “formulare una domanda” a cui le autorità e “gli esperti” risponderanno. La signora deve essere propositiva affinché il “giro di tavolo” possa proseguire. Dopo di lei intervengono due donne. Parlano con l'esperienza di chi abita vicino alla tangenziale da decenni, non con il lessico affinato da chilometriche riunioni di “antagonisti”. Esprimono, in altri termini, il proverbiale concetto “chi semina strade, raccoglie traffico”. Ma alla facilitatrice non va bene, bisogna... “provare a tradurre questa preoccupazione in una domanda”. Le signore ci cascano e accettano di chiedere informazioni dettagliate sulle... barriere acustiche.» (Wu Ming e Bukowski 2016)

In questo episodio riportato sulla rivista Internazionale si racconta una tappa del processo partecipativo, della durata complessiva di due mesi (!), svoltosi in occasione della presentazione di un progetto urbanistico a Bologna che prevede la realizzazione del cosiddetto “Passante di mezzo”. Si tratta di un'opera di ampliamento di tangenziale e autostrada con il dichiarato scopo di ridurre la congestione del traffico, ma il possibile risultato di aumentare rumore e inquinamento e la certezza di un forte impatto ambientale con l'estensione della superficie asfaltata e costruita. Non ci interessa entrare nel merito della questione, che ha una lunga e controversa storia ben raccontata nelle tre “puntate” pubblicate su Internazionale. Piuttosto, la utilizziamo come spunto di partenza per evidenziare una tipologia assai frequente di partecipazione a matrice istituzionale, uno strumento che le amministrazioni usano sempre più spesso ma le cui implicazioni sui processi di democratizzazione sono tutt'altro che evidenti. Al contrario, si tratta spesso di dibattiti di facciata, dove all'ascolto dei cittadini non corrisponde alcun dovere di recepire, tanto più se – come in questo caso – la realizzazione dell'opera non è posta in discussione e il fine della partecipazione è limitato a “raccogliere proposte su come migliorare gli interventi di inserimento ambientale, paesaggistico e di protezione acustica” (Wu Ming e Bukowski 2016).

Dietro questi processi ci sono spesso agenzie specializzate, assunte dalle pubbliche amministrazioni o – nel caso in oggetto – da Autostrade SpA, fatto alquanto indicativo della parzialità della

consultazione pubblica visto che proprio Autostrade avrà il ruolo di realizzare l'opera (e incassarne i proventi). Secondo La Cecla, citato nell'articolo, i professionisti della partecipazione “vengono adoperati da amministrazioni, autorità locali ma anche grosse imprese di progettazione per mediare il rapporto tra progetto e utenti. Diventano facilitatori del consenso, o comunque negoziatori tra le richieste della popolazione e le decisioni dei pianificatori. È il grande campo dell'animazione sociale [...] Serve ad attutire i conflitti, certamente, una specie di professione cuscinetto tra interessi diversi. Il problema è che in questa funzione filtro specializzata tutto si ricompone in maniera tale che poco cambia nella passività degli abitanti e nella vecchiezza dell'impostazione progettuale” (La Cecla 2015).

Il quadro è completo se si tiene in considerazione un altro fatto, di cui sono stata testimone diretta. A margine di un incontro presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Bologna, un alto funzionario direttamente coinvolto nei rapporti con la cittadinanza sulla questione del Passante (le preoccupazioni da sedare riguardano infatti, principalmente, l'impatto sulla salute mediato da cementificazione, inquinamento, rumore, ecc.), mi ha detto “noi dobbiamo sperare che lo facciano il Passante, così arriveranno da Autostrade un bel po' di soldi!”. Sottinteso, per il Dipartimento – da anni in emergenza cronica di risorse umane e materiali.

In senso lato, anche questo fa parte del complesso medico-industriale. Al di là delle posizioni dei singoli, esiste un contesto strutturale che lega profondamente gli interessi di ambiti sociali che dovrebbero, per il bene della democrazia e della salute, giocare ruoli differenti e controbilanciati. La mediazione tra decisioni pubbliche (la realizzazione del Passante), interessi privati (l'investimento di Autostrade) e il benessere collettivo (l'impatto sulla popolazione, che si genera a partire dalle opinioni e percezioni sull'opera stessa), viene privatizzata direttamente – tramite l'appalto del processo partecipativo a una ditta al soldo dell'impresa – e indirettamente – la deprivazione di risorse del pubblico che rende l'investimento privato appetibile e necessario. Nell'uno e nell'altro caso, ci si chiede chi sia nella posizione di tutelare realmente la salute delle persone e l'interesse della collettività.

Ho voluto raccontare questa storia, in un'apparente digressione, per articolare il discorso sulla partecipazione a partire dalle radici profonde degli intrecci che legano politica, economia, scienza e salute. Altrimenti si corre il rischio di credere, un po' ingenuamente, che un buon esercizio formalmente riuscito di “coinvolgimento dei cittadini” possa davvero rappresentare un passo in avanti verso la democratizzazione delle scelte in salute. Purtroppo, le cose sono più complesse di così.

Come argomentato in un precedente lavoro, l'ambito della salute in Italia soffre di un “vuoto democratico”, da un lato per la scelta di “fondare la sanità sulle leggi del mercato e della concorrenza” e affidare decisioni politiche ad organi apparentemente tecnici come le aziende sanitarie, che non godono della legittimazione necessaria per prendere decisioni riguardanti la salute di tutti; dall'altro perché il governo locale è spesso colpevole di “incapacità di leggere i bisogni e di

tendenze monopolistiche, autoritarie e burocratiche” (Stefanini e Bodini 2014). Di conseguenza, “l’effettivo rapporto esistente tra il pubblico e il processo decisionale in sanità (ma non solo) è in pratica inesistente. Di là dal momento del voto alle elezioni politiche o amministrative, sono in concreto assenti le occasioni in cui i cittadini [...] possono far valere il potere della loro voce, di protesta o di persuasione. A livello locale insomma esiste il bisogno di un processo decisionale informato e di un maggiore protagonismo del pubblico nelle decisioni che lo riguardano.” (Stefanini e Bodini 2014). Attualizzando l’analisi, Ierna e Negrognò affermano che la questione della partecipazione nello scenario italiano “va collocata in un problema molto più generale, che investe oggi tutti i servizi sociali e sanitari. Si tratta della crisi dello stato sociale tradizionale, una crisi che oggi prende la forma di due imperativi: controllare la spesa e rendere più efficaci gli interventi” (Negrognò e Ierna 2014).

L’interesse per le dinamiche di partecipazione è naturalmente legato al fatto che esse sono centrali al paradigma della promozione della salute. Strategia promossa dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) già a partire da Alma Ata, che con la Carta di Ottawa assume uno statuto fondativo rispetto alla salute, funzionale al controllo da parte delle persone dei fattori – interni ed esterni – che la determinano (WHO 1986). In tempi più recenti, la Commissione sui Determinanti Sociali dell’OMS ha rinforzato l’idea che, per contrastare le crescenti disuguaglianze, servono cambiamenti nelle politiche affiancati da processi di organizzazione comunitaria a livello tanto locale che globale, la partecipazione è stata collegata al miglioramento delle condizioni di salute, e la ricerca partecipativa ha trasformato il paradigma della costruzione di conoscenza scientifica (Wallerstein et al. 2011). D’altro canto, come fanno notare De Vos et al., “Trentuno anni dopo Alma Ata, una rivisitazione delle politiche globali ha evidenziato che, di tutti i principi fondamentali della Dichiarazione, il principio che ha in particolare mancato di prendere radice è quello della partecipazione comunitaria” (De Vos et al. 2009).

La mancanza di chiarezza sui concetti e la natura spesso normativa dei processi di partecipazione messi in atto hanno suscitato numerose critiche. Secondo Rifkin, sono tre le ragioni della grande difficoltà costantemente descritta in letteratura di integrare la partecipazione della comunità nei programmi di salute. La prima riguarda il predominio del paradigma biomedico che continua a costituire – nella maggioranza dei casi – lo strumento principale di programmazione, con conseguente concezione della partecipazione della comunità come semplice intervento tecnico. La seconda ragione concerne la mancanza di un’analisi approfondita della percezione e del punto di vista delle persone della comunità e, laddove esistono, degli agenti/operatori sanitari di comunità. Infine, un terzo motivo di difficoltà è la propensione a utilizzare un quadro concettuale che limita l’indagine a ciò che funziona, al perché e al come funziona, e non prende in considerazione gli insuccessi (Rifkin 2009). Alla base di queste difficoltà si affacciano però più profonde dinamiche di potere che devono essere chiamate in causa e analizzate.

Una recente revisione della letteratura sulla concettualizzazione della partecipazione nella promozione della salute mostra come pochissimi lavori si confrontino in maniera adeguata con la teoria sociale, evidenziando più che altro un approccio “modellistico” al problema (Marent, Forster, e Nowak 2012). Come abbiamo visto in generale per molti campi del sapere biomedico, si conferma una scarsa tendenza al confronto interdisciplinare e una mancata presa in considerazione delle implicazioni che gli assunti epistemologici hanno per la definizione delle pratiche.

Secondo Marent et al., le funzioni della partecipazione nell'ambito della salute sono state analizzate in tre diverse accezioni e facendo riferimento a diverse teorie sociali: 1) come strategia per affrontare bisogni che cambiano nella società moderna, caratterizzata da individualizzazione e incertezza, e fare in modo che le politiche di salute rispondano e siano coerenti con le dinamiche sociali; 2) come strumento per identificare e ricostruire i valori della comunità, poiché attraverso la partecipazione le persone possono cambiare la propria visione e accoglierne una più centrata sui problemi collettivi; 3) come tecnica di *governance/governabilità* coerente con la trasformazione neoliberale della società, in cui la *leadership* passa da forme gerarchiche di esclusione a forme partecipative che riproducono relazioni di potere e controllo tra chi detiene il sapere e chi è indotto all'autodisciplina (Marent, Forster, e Nowak 2012).

Una delle questioni cruciali che attraversano l'analisi riguarda il rapporto con le persone coinvolte, che tende ad assumere sfumature di controllo o, tutt'al più, di comprensione delle prospettive soggettive. Secondo Baillie et al., raramente viene adottata la prospettiva emancipatoria, che riconosce il fatto che le persone sono portatrici di esperienze e conoscenze uniche all'interno dei propri mondi di vita, e che non è possibile controllarne bisogni e desideri (Baillie, Bassett-Smith, e Broughton 2000). Secondo gli autori, adottare questa prospettiva significa consentire alle persone di “alzare la voce” e contestare i professionisti per elaborare risposte realmente coerenti ai propri bisogni.

Nelle dinamiche di coinvolgimento è anche importante riflettere su chi viene raggiunto, e chi no. La teoria della pratica di Bourdieu viene chiamata in causa per inquadrare la partecipazione come un'espressione e una pratica di identità sociale, che come tale non è fissa ma mutevole e frammentata. Si tratta di pratiche incorporate che si strutturano dal e nel contesto sociale, attraverso le relazioni. Esse cambiano a seconda dello scopo e della situazione, nonché nei diversi territori di pratica. Analizzando un caso di studio in Nuova Zelanda, Stephens sottolinea per esempio l'importanza di saper leggere le “comunità di identità” che esistono in un dato contesto, anziché dare per scontate “comunità di luogo” in cui non necessariamente le persone si riconoscono (Stephens 2007).

Raramente ci si interroga sulle motivazioni, la disponibilità e le competenze delle persone che partecipano (Marent, Forster, e Nowak 2012), eppure la questione della legittimità (attribuita, riconosciuta, negoziata e percepita) è assai rilevante. Contandriopoulos sottolinea che il processo di legittimazione degli attori nelle dinamiche partecipative è a sua volta un terreno di conflitto.

L'autore fa riferimento al concetto di “lotta simbolica” di Bourdieu, che illustra come vi siano costanti tensioni per imporre visioni del mondo, categorie interpretative, modi di conoscenza, e quanto quelli considerati più legittimi siano oggettivati e trasformati in ciò che è (percepito/imposto come) “normale” (Contandriopoulos 2004).

Illustrativo delle dinamiche descritte è il caso analizzato nell'ambito del progetto CSE4HFA in Brasile, dove il gruppo di ricerca-azione di Porto Alegre (che fa parte del *People's Health Movement* locale) si è concentrato sui contesti di partecipazione in seno al servizio sanitario pubblico (*Sistema Único de Saúde* o SUS). Il caso del Brasile è significativo perché, come già riportato precedentemente, la riforma sanitaria è stata strettamente connessa ai più ampi movimenti di democratizzazione sociale (Paim 2008). Ciò nonostante, avevamo già notato come ben presto le modalità istituzionalizzate adottate per realizzare la riforma abbiano comportato un progressivo allontanamento dai movimenti sociali, con ripercussioni anche sui sistemi partecipativi che – dalla sua nascita – la hanno accompagnata (Wallerstein et al. 2011). Si tratta di un sistema di conferenze e consigli, organi collegiali con compiti di controllo sociale e partecipazione alla costruzione delle politiche dei servizi, composti al 50% da utenti, al 25% da lavoratori e al 25% da gestori (Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde 2011).

La ricerca-azione ha coinvolto i consigli di salute di alcuni centri di attenzione primaria in due distretti della città, mettendone in luce la funzione per lo più limitata ad affrontare questioni contingenti legate al servizio, e non questioni più ampie legate alle politiche e ai determinanti di salute. La partecipazione delle persone tende a essere scarsa (poche persone e poco rappresentative, con poco ricambio anche generazionale). Per lo squilibrio di competenze tra lavoratori e dirigenti, da un lato, e cittadini dall'altro, le discussioni sono spesso monopolizzate dai primi; la rigidità della struttura organizzativa dei consigli non facilita l'incorporazione di tematiche “fuori agenda”. Si tratta insomma di una partecipazione svuotata, tranne nei casi in cui il contesto ha una tradizione di mobilitazione per i diritti: si è riscontrato infatti che, nei territori più “militanti”, anche i consigli di salute sono più attivi.

È particolarmente significativo il fatto che, mentre i gestori ritengono molto importante la partecipazione e si rammaricano di come non funzioni, i cittadini sembrano piuttosto inconsapevoli, incuranti o sfiduciati nei confronti di queste dinamiche (“il consiglio è dei lavoratori, non della popolazione”). Vi sono, naturalmente, anche altre difficoltà, come la mancanza di tempo, informazioni e la ridotta accessibilità (spesso le riunioni si fanno in orari lavorativi, o la sera ma in luoghi difficili da raggiungere in sicurezza). Altro aspetto significativo è il fatto che, benché la partecipazione ai consigli di salute sia scarsa, così non è per altri incontri e assemblee convocati dalla comunità. Questo solleva dubbi sull'identificazione delle persone nei consigli di salute, come luoghi di (non) appartenenza. Infine, mentre i gestori imputano la mancata partecipazione al fatto che “non c'è (più) gran che per cui combattere”, le persone non si ritengono soddisfatte del servizio e lamentano difficoltà su vari fronti (per lo più legati all'accessibilità e alla qualità dei servizi). La

ricerca si conclude con la considerazione che la partecipazione non può esser vista come la soluzione a tutti i problemi, e anzi può crearne nel momento in cui – a fronte di un contesto macroeconomico e politico sempre più opprimente – si attribuisce alle persone la responsabilità di (non) mobilitarsi per i propri diritti fondamentali (CSE4HFA, Rapporto di fase 1, Brasile).

Da quanto riportato emerge come, pure in un contesto in cui la partecipazione ha radici profonde e collegate a più ampie dinamiche di mobilitazione sociale, le asimmetrie esistenti e gerarchizzate nell'assetto istituzionale sono difficilmente superabili in ambiti di “controllo sociale” organici al sistema. Le differenti percezioni di gestori e cittadini riflettono queste asimmetrie (Contandriopoulos 2004) e anche la funzione depotenziata, quasi fuorviante, dei consigli che non sembrano informati da quello che Baillie et al. – riprendendo Habermas – definiscono come “interesse emancipatorio” (Baillie, Bassett-Smith, e Broughton 2000). Il fatto poi che la partecipazione non manchi in generale, ma particolarmente a livello dei consigli di salute, è un ulteriore indicatore del mancato riconoscimento e senso di appartenenza (Stephens 2007). D'altro canto, già nel 1996 Susan Rifkin metteva in guardia contro l'adozione entusiastica (e acritica) di un paradigma che vede la partecipazione della comunità come una bacchetta magica per risolvere sia i problemi di salute sia quelli di potere politico, raccomandando piuttosto di interpretarla come un “processo di apprendimento iterativo che consente l'adozione di un approccio più eclettico” e, di conseguenza, di aspettative più realistiche (Rifkin 1996).

Adottando uno sguardo storico e globale, frutto di un coinvolgimento sul tema fin dalle sue origini, Labonté nota quanto la partecipazione in salute sia in molti casi divenuta un fattore protettivo, anziché un campo dove la mobilitazione di attori civici porta alla creazione di società più giuste (Labonté 2004). Altre voci coinvolte ma critiche evidenziano le perplessità in merito al potenziale e alle limitazioni di questo approccio nel promuovere cambiamento sociale (Wallerstein et al. 2011). Il tema è centrale, e mette nuovamente a fuoco la tematica del potere. Parlando della dialettica intrinseca al concetto di “inclusione sociale”, Labonté si (e ci) chiede: “come si possono includere individui e gruppi in un set strutturato di relazioni sociali che sono responsabili della loro esclusione?” (Labonté 2004). Il rischio in questo caso è quello di pacificare le persone in spazi depotenziati, prevenendo lo sviluppo di critiche nei confronti delle gerarchie responsabili delle asimmetrie esistenti. L'esclusione dunque, o la mancata partecipazione, potrebbe essere un atto volontario di resistenza e conflitto nei confronti di un sistema socioeconomico che continua a replicare e aumentare le gerarchie materiali della disuguaglianza. Conflitto che, secondo l'autore, “è sempre stato uno dei carburanti necessari per le riforme sociali” (Labonté 2004).

Per quanto nel caso di studio brasiliano ci sia un movimento globale (il PHM) che prende l'iniziativa, la stessa ricerca-azione partecipativa non è immune dai rischi di cooptazione e localismo. Stephens sottolinea come l'approccio si sia concentrato sull'assistere e capacitare gruppi svantaggiati, trascurando le pratiche utilizzate per mantenere potere e privilegi attraverso le divisioni sociali. A fronte di vantaggi spesso confinati ai diretti partecipanti, in molti casi gli

interessi dei gruppi dominanti hanno prevalso, in forme di cooptazione ma anche di aperto conflitto (Stephens 2014). Per questo, c'è chi sostiene che il fuoco non dovrebbe essere sui gruppi o le condizioni che sono escluse, ma sulle regole socio-economiche e i poteri politici che li determinano, nonché sui gruppi sociali che traggono beneficio da questa situazione (Wallerstein et al. 2011).

Inoltre, un'azione eccessivamente locale corre il rischio di essere scollegata da una problematizzazione che attraversa l'insieme della società (Castel 2007). Citando Autès, l'autore parla di politiche "territoriali" riferendosi a quelle che trattano un problema *in situ*, cancellando la relazione strumentale tra il locale e il centrale. Non è solo o tanto una questione di scala, ma riguarda la natura dei parametri che un'azione territoriale può controllare: non le è dato, per esempio, di operare redistribuzioni globali o di condurre negoziazioni collettive con attori rappresentativi. Il cambiamento possibile non è che un riassetto degli elementi interni al sistema, non la trasformazione dei dati che strutturano la situazione dal di fuori (Autès 1992, citato in Castel 2007).

Come fare, dunque, perché la partecipazione abbia significato in termini di promozione della salute – in un senso profondo, ovvero diretto a contrastare la diseguale distribuzione di potere, denaro e risorse (WHO 2008) nonché i processi che la determinano? Gli autori che partono dalle teorie di Habermas e Freire concordano nel dire che è necessario aprire spazi dove le persone possono identificare e discutere in modo autonomo i propri problemi, mentre i professionisti giocano – al massimo – un ruolo di supporto (Marent, Forster, e Nowak 2012). Secondo Baillie et al., è importante che vi siano uguaglianza e reciproca affidabilità, per assicurare che tutti i partecipanti abbiano la possibilità di iniziare una discussione e prendere decisioni sulla pertinenza di contenuti, metodi e azioni. Dovrebbe essere possibile in ogni momento mettere in discussione la legittimità della conoscenza impiegata, a ogni livello (Baillie, Bassett-Smith, e Broughton 2000). Secondo Wallerstein, le strategie più efficaci sono quelle che si basano e rinforzano forme di partecipazione autentica, assicurando autonomia nel processo decisionale, senso di comunità e legami locali, e rafforzamento delle persone della comunità (Wallerstein 2006). Infine, nostra opinione in un precedente scritto è che "parlare di partecipazione significa che è la comunità, e non un governo, non un'istituzione formale né un gruppo professionale, che ha il controllo sulle risorse e il potere di decidere come usarle." (Stefanini e Bodini 2014).

Tuttavia, prospettive più critiche vedono la partecipazione nella promozione della salute come un tentativo professionalizzato per governare i comportamenti delle persone, leggendo la dimensione del potere come qualcosa che non può semplicemente essere scambiata tra professionisti e cittadini, perché profondamente inserita nelle forme dominanti di conoscenza, linguaggio e retorica e di conseguenza riprodotta in ogni forma di pratica partecipativa (Ramella e De La Cruz 2000). In un'analisi del contesto italiano inerente alla salute mentale, Negrognò aggiunge all'analisi la componente di economia politica peculiare del contesto neoliberista, affermando che coinvolgere la comunità diviene anche una necessità di fronte alla crescente carenza di risorse e all'inadeguatezza

dell'offerta rispetto a bisogni sempre più complessi (si pensi all'incremento delle patologie croniche e alla necessità di muovere rapidamente verso una territorializzazione dei servizi in un sistema ancora largamente ospedale-centrico, nella struttura come nella cultura organizzativa) (Negrognolo 2016). Prendendo come caso di studio il coinvolgimento di utenti e familiari esperti nei servizi di salute mentale, Negrognolo e Ierna evidenziano il rischio che le pratiche di partecipazione messe in atto costruiscano forme di “cittadinanza diminuita”, in cui il cittadino è partecipe solo in quanto utente o familiare e in cambio di un adeguamento alla cultura e all'organizzazione del servizio. La responsabilità di cambiare è dei singoli, le persone possono migliorare il servizio “lavorandoci dentro” e soccorrendo alla carenza di risorse pubbliche (Negrognolo e Ierna 2014). Portando all'estremo questa prospettiva, la questione della strumentalizzazione è intrinseca alle dinamiche partecipative, che sono parte di una costante trasformazione delle tecnologie di potere che può essere più efficacemente messa in discussione da pratiche di resistenza (Marent, Forster, e Nowak 2012). La *governance* infatti, afferma Negrognolo, “appare come una particolare forma di 'governo spolitizzato', che rende impossibile ogni arena pubblica di discussione in quanto realizza la propria *mission* includente nella misura in cui preventivamente mette in atto pratiche di depoliticizzazione e depotenziamento dei conflitti” (Negrognolo 2016). In quest'ottica, le teorie di Lewin, Freire e Habermas puntano alla possibilità alternativa, per chi si occupa di promozione della salute, di contribuire allo sviluppo di movimenti sociali che nascono dai bisogni dei gruppi deprivati e al tempo stesso modificano le percezioni e conoscenze dei più privilegiati nella società (Stephens 2014).

Torna dunque costantemente il tema di come agire in senso retroattivo sulle dinamiche escludenti, e la necessità che a farlo siano attori collettivi che comprendono le persone direttamente coinvolte nei problemi. In questo senso, i professionisti e l'accademia possono giocare un ruolo di supporto e non mancano gli esempi in proposito (Stephens 2014). Maccacaro, parlando di “politicizzazione della medicina”, affermava che la tutela della salute e la lotta alla malattia non possono non avvenire che “attraverso l'attrito delle forze sociali che si confrontano” e a opera dei loro soggetti storici. È in tale contesto di continua lotta per la salute che l'autore vedeva il ruolo della partecipazione denunciando come, nonostante la Costituzione italiana (art.3, secondo comma) ponga “l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese” tra i compiti fondamentali della Repubblica, “né la teoria né la prassi di tale partecipazione si sono alzate dal piano dell'attività, nemmeno in quella ipotesi di sanità riformata che declama la partecipazione come carattere essenziale delle sue unità di base.” (Maccacaro 1979). Riconoscendo “l'intrinseca solidarietà tra il problema della ‘salute’ e quello della ‘partecipazione’”, Maccacaro contrapponeva la nozione di “malattia come perdita di partecipazione” del sociologo Talcott Parsons (Parsons 1981) al suo modello concettuale di “perdita di partecipazione come sostanza di malattia”. In particolare, identificava come nemici della partecipazione l'autorità, l'efficienza e la provvidenzialità. L'autorità che rifiuta Maccacaro è quella che “indossati i panni della competenza, separatasi nella tecnica, costituitasi come corporazione, legittimatasi come ordine – si pone di fatto

quale esecutrice dei comandi di un potere che la sovrasta e che, pagatola con ruoli e privilegi, ne fa lo strumento più insidioso ed efficace del controllo sociale nelle forme della medicalizzazione.”. L’efficienza è nemica della partecipazione quando diventa “domanda del potere costituito”, avvalendosi della voluta e perpetrata confusione con l’efficacia e tra la funzione dell’istituzione sanitaria, ossia la tutela della salute, e il suo funzionamento, ridotto a ottimizzazione di se stessa anziché all’adempimento di tale funzione. Per “provvidenzialità”, infine, Maccacaro intende il “paternalismo”, ossia “quel modo di mettersi in rapporto con la realtà che prescinde dal suo ascolto; quell’attitudine a disporre risposte preformate che prescindono dalla formazione delle domande; quell’interpretazione del mandato amministrativo che infine determina una richiesta cui si consente soltanto di conformarsi all’offerta.” (Maccacaro 1976).

Per completare quest’analisi critica sui processi partecipativi, prendiamo in considerazione alcuni tratti delle dinamiche agite dai movimenti coinvolti nella ricerca-azione in Italia. Nel farlo, faremo tesoro di quanto già messo in luce e terremo un duplice sguardo, sul processo interno ai movimenti e sulle relazioni con il “fuori” (popolazione, istituzioni).

All’interno della Grup-pa, e per la maggior parte dei movimenti coinvolti nella ricerca-azione, la partecipazione è una dimensione centrale tanto nei processi organizzativi quanto per il progetto politico portato avanti e la sua tutela/sostenibilità (vedi Fig. 11). Nell’analisi sviluppata dalla Grup-pa, “Il concetto di partecipazione porta intrinsecamente con sé le dimensioni del desiderio e della capacità di azione, della scelta libera ed autonoma, della riappropriazione e della soggettivazione, del vincolo di responsabilità verso la collettività, della consapevolezza sociale e politica.” (Grup-pa 2015). Tuttavia, solo un confronto diretto con la dimensione pratica della partecipazione può aiutare a metterne a fuoco il significato.

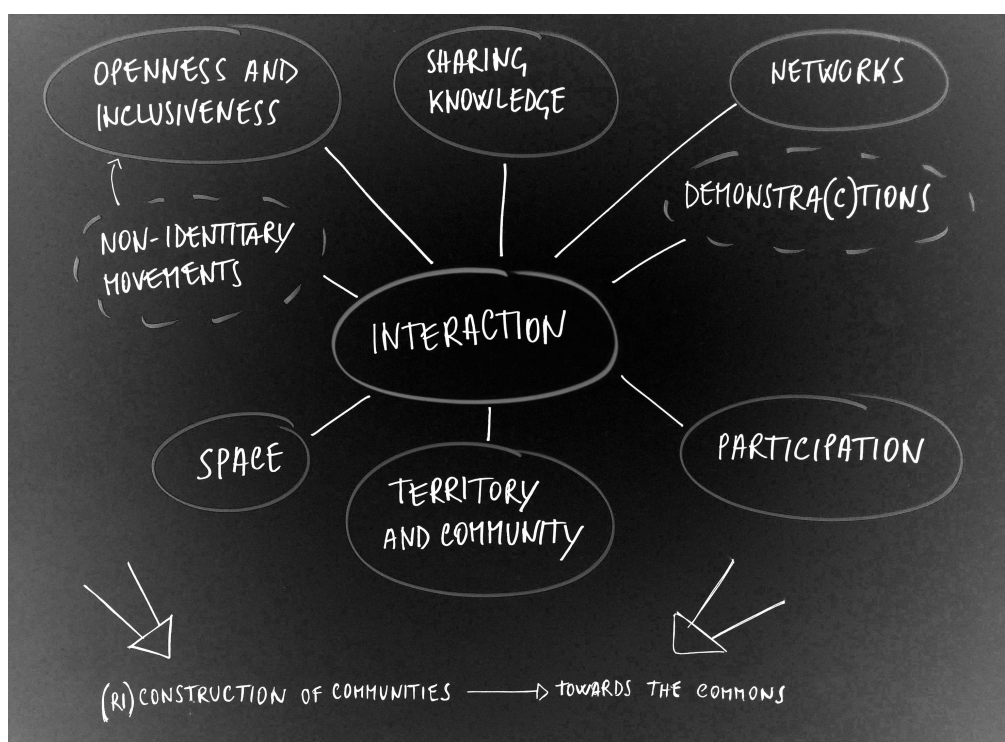


Fig. 11: Interazione, mappa concettuale (Grup-pa 2015).

Innanzitutto, parlando di partecipazione in seno ai movimenti non si fa quasi mai riferimento alle forme promosse dalle istituzioni. Benché questa modalità non sia da escludere, si tratta spesso di una scelta difficile e anche contrastata, che si compie più a fini strategici che di risultato.

«Noi abbiamo partecipato, anche dopo discussioni molto forti nel movimento, ma abbiamo partecipato sempre, anche per non creare un alibi, per non lasciare la possibilità di dire che non c'eravamo. Dopodiché tutte queste cose, niente. C'è stato il report, e poi dove è andata a finire tutta sta cosa... a che serve allora?» (Intervista No TAP, 13 giugno 2015, Melendugno, LE)

In riferimento a queste esperienze, alcuni movimenti ritengono che sia l'inconsistenza della sovranità popolare al giorno d'oggi a creare il bisogno di stare fuori dai percorsi politici istituzionali. Tutto questo si collega al processo di progressiva delocalizzazione della *governance* a livelli più alti (transnazionali), sempre più lontani dalle persone. Il bisogno di sovranità popolare e di autodeterminazione diventa particolarmente rilevante per i movimenti che difendono un territorio, rivendicando il diritto di decidere della propria vita e della propria salute nel luogo in cui vivono (Grup-pa 2015).

Il fatto che molti movimenti non si diano forme legalmente riconosciute (lo stesso PHM, a livello globale e in molti Paesi, non è un'entità registrata) può essere un ostacolo per forme di partecipazione che prevedono riconoscimenti istituzionali. Il rifiuto verso queste forme non è un portato a priori, ma insito nel mancato riconoscimento che esse danno alla stessa id/entità politica dei movimenti. Per esempio, costituirsi in associazione implica – anche se solo “formalmente” (ma l'analisi istituzionale mostra bene le implicazioni del processo) – dotarsi di una struttura decisionale chiusa e gerarchica, laddove le pratiche di movimento stanno proprio nella diffusione del potere e nell'apertura, nel non definirsi cercando di far fronte man mano alle necessità di aggiustamento.

«Ci sono stati dei momenti di forte tensione, momenti in cui qualcuno ha detto “Io me ne vado” perché tu la gestisci in un modo che non mi piace o “qui nessuno fa niente”, insomma è veramente una situazione complicata e non è facile, ci proviamo ogni giorno a tenere la barra fissa, il progetto, la prospettiva, il punto d'arrivo, che poi non c'è il punto d'arrivo, è una costruzione quotidiana delle cose.» (Intervista Ri-Maflow, 23 giugno 2015, Milano)

Partecipazione nei movimenti è dunque qualcosa che si dà soprattutto in seno al movimento stesso, e nelle relazioni con l'esterno (gli abitanti del quartiere, della città, le persone che vengono a un mercato contadino auto-organizzato, gli spettatori in un teatro occupato, ecc.). È un aspetto importante perché, nel funzionamento interno, è coerente con i principi di orizzontalità e inclusività; nei confronti della popolazione, perché si vuole avere un impatto politico anche attraverso la costruzione di legami significativi e relazioni di conoscenza e reciprocità con le persone. Se fino agli anni Novanta il modello di “centro sociale” era più quello di una realtà chiusa in sé, le esperienze coinvolte nella ricerca-azione hanno presentato una visione di spazi non come

“occupati” ma come “liberati”. L'azione del movimento è quella di creare aree “fuori mercato”, che si possano risignificare tramite pratiche e relazioni che mettono al centro la soggettività e il benessere delle persone e non il loro sfruttamento o la loro “profittabilità”.

Le forme della partecipazione sono ampie: da repertori tradizionali come assemblee pubbliche, a dispositivi come la “macchina del tempo” (Intervista Assemblea Cavallerizza 14:45, 14 giugno 2015, Torino) con cui raccogliere disponibilità per realizzare le attività, a piazze “dei beni comuni” per scambiarsi relazioni, conoscenze e prodotti (Intervista Genuino Clandestino B, 7 giugno 2015, Torino). Tuttavia, al di fuori di attività concrete e attività occasionali, la sfida vera è costruire partecipazione nelle dinamiche quotidiane. Qui i movimenti incontrano le maggiori difficoltà, perché è richiesta una disponibilità anche interna a rinegoziare continuamente le proprie regole e mettersi “allo scoperto”. La sensazione è evocata molto bene nella trasposizione del palcoscenico e del riconoscere al pubblico il diritto di critica:

«...a un certo punto un artista che sale sul palco si deve prendere una responsabilità, e il pubblico ha il diritto di dargli retta o no, quindi è giusto che ritorniamo a una formazione del pubblico nel senso che è un essere vivente, non è che sta lì seduto e si subisce per forza tutto. E queste sono state delle scelte che lì per lì mentre le facevo dicevo “madonna!”...» (Intervista Teatro Valle Occupato, 9 maggio 2015, Roma)

Alcuni movimenti, in particolare i movimenti *queer* e – grazie all'incontro con loro – anche la Grup-pa, collegano alla partecipazione il tema centrale del linguaggio e dei linguaggi. Connesso a quello del (la produzione di) sapere, questo aspetto è centrale per costruire un contesto inclusivo. Per alcuni gruppi, la diversificazione delle modalità di comunicazione e dei saperi/linguaggi non è solo uno strumento strategico di coinvolgimento delle persone ma anche una continua ricerca di coerenza tra “ciò che si dice” e “come lo si fa”: un tentativo di comunicare le modalità, e non solo i contenuti, attraverso la loro messa in atto nelle pratiche (Grup-pa 2015). Nell'esperienza della Grup-pa, la traduzione concreta di questo portato esperienziale è stata fatta scegliendo – in occasione degli incontri e delle sessioni di lavoro collettivo (es. per analisi delle interviste) – di utilizzare anche linguaggi artistici e non verbali, nonché metodologie che non lasciassero all'abilità retorica (e non solo) lo spazio di definire ordine, priorità e “peso” degli interventi¹⁷. Sperimentare in questa direzione è complesso e richiede continui “spostamenti” (di sé) e molte energie, tuttavia sembra una strada promettente per sviluppare la dimensione collettiva dell'esperienza.

«...essere apert significa anche essere capaci di accettare gli inevitabili cambiamenti portati dalle altre persone che attraversano un'esperienza. Questo richiede la capacità da parte del gruppo di riflettere sulle sue stesse pratiche, di mettere in discussione ed*

¹⁷ Una rassegna di queste metodologie, per quanto non esaustiva, è presente nel rapporto di fase uno della ricerca-azione in Italia (Grup-pa 2015).

eventualmente modificare gli equilibri interni e le regole stabilite, e all'occorrenza provare a sperimentarne di nuovi.» (Gruppa 2015)

Alcuni gruppi hanno sottolineato come il prendersi cura dell'apertura e dell'inclusività richieda un forte dispendio di energia nella gestione e nell'organizzazione, costringendo a mettere da parte questioni e azioni considerate più strettamente politiche (in particolare, come il progetto o l'azione si collega alle questioni macro-politiche in gioco), così come il processo di autoriflessione collettiva. Per quanto molte delle esperienze incontrate ritengano che il cambiamento "del mondo" avvenga (anche) a partire da un cambiamento "del modo", quindi agendo su e tramite immaginari e pratiche di singoli e comunità locali, un'eccessiva concentrazione sul dentro e sul locale non consente la costruzione di reti e alleanze necessarie per un cambiamento di larga scala. Un elemento collegato di "messa in tensione" degli ambiti partecipativi è la polarità tra apertura/inclusività (partecipazione) e tempestività decisionale, che è sovente strategica e necessaria per l'azione politica. Il rischio di trasformarsi da un lato in un gruppo di auto-aiuto, la cui priorità è unicamente accogliere e agire sul benessere interno, e dall'altro lato verso una situazione in cui le decisioni sono prese dai pochi più dedicati, è qualcosa di costantemente presente.

«Con andamenti ciclici di investimento verso progettualità più ampie, più in rete, macro-azioni... [...] E poi ci sono delle fasi più auto-riflessive, che cercano comunque di tenere in relazione questi due piani.» (Intervista Smaschieramenti, 6 febbraio 2015, Bologna)

Tentando un raffronto tra le dinamiche di partecipazione analizzate, soprattutto tramite la letteratura, a livello istituzionale, e le esperienze interne ai contesti di movimento coinvolti nella ricerca-azione, si riscontrano innegabili divari per quanto riguarda soprattutto l'autodeterminazione dei soggetti chiamati al processo partecipativo. Indubbiamente, collocarsi dentro o fuori un'istituzione comporta – come abbiamo visto anche nella disamina sul collettivo – risentire più o meno delle regole che le danno forma e che sono incorporate in soggetti, prassi, ambienti, tradizioni e procedure. D'altro canto, non è semplicemente collocandosi (dicendosi) fuori dall'istituzione e dall'istituto che ci si libera da condizionamenti pervasivi del contesto sociale, che tutti siamo costantemente chiamati a riprodurre e che sono incorporati nella nostra stessa identità sociale. In effetti, è diffusa nei movimenti la sensazione di difficoltà che accompagna il tentativo di creare "altro" rispetto alle forme di socialità e relazione nelle quali siamo iscritti:

«Cioè noi siamo sempre lì, la difficoltà di creare una collettività, di rendersi conto che non si è una collettività, è proprio... il fatto che... non si è proprio abituati a

immaginarsela una collettività, a crearla, a riconoscerla, no, come valore, no? E quindi si è continuamente in quel rapporto di “mi apro, però no mi fotti”, ed è difficile lavorare così...» (Intervista Assemblea Cavallerizza 14:45, 14 giugno 2015, Torino)

«E poi non ultimo, il fatto che essendo un modello molto poco, cioè poco convenzionale richiede uno sforzo enorme per sganciarsi da quelli che sono, se vogliamo chiamarli condizionamenti, ma sono impostazioni nelle quali siamo cresciuti [...]. È una gran fatica che a livello di salute, se superi quella fatica e riesci a sganciarti da quei condizionamenti ti dà salute, benessere insomma; se invece, cioè nel frattempo però ti logora...» (Intervista Mondeggi Bene Comune - Fattoria Senza Padroni, 24 gennaio 2015, Mondeggi - FI)

Il sovvertimento di tali logiche è la chiave della libertà.

«E c'è questo rapporto che secondo me è molto interessante, di libertà e responsabilità, cioè questo binomio che viene completamente distrutto dalla società che c'è intorno, capitalista. Cioè, tu sei libero quanto più ti deresponsabilizzi. No? Questa è un po' l'idea che passa... quindi fottitene completamente delle cose perché la tua libertà è più importante... ed è una cosa assurda che ha dato dei frutti incredibili come... marci, schifosissimi, però ha creato veramente dei comportamenti che si declinano in tantissime forme e penso che uno dei lavori più difficili che stiamo cercando di fare qua dentro, di fare passare, è che la libertà è proprio prendersi le responsabilità di... [...] veramente questo posto più lo si vive e più ci si mette il proprio e più si partecipa... e più si accresce la libertà personale e collettiva di poter fare delle cose.» (Intervista Assemblea Cavallerizza 14:45, 14 giugno 2015, Torino)

Una dimensione che sembra invece tenere in scacco tanto le esperienze istituzionali quanto quelle nei movimenti è la territorialità. Se da un lato il legame con il territorio è essenziale (accesso ai mezzi di sussistenza, ambiente fisico e relazionale in cui si vive, ambito di influenza politica e trasformativa, ecc.), dall'altra può rappresentare un limite importante delle azioni per ragioni di sostenibilità (interna o esterna), perché non si arriva al livello decisionale nazionale o sovranazionale, e anche perché non si ha “massa critica” per una trasformazione sistemica necessaria per il pieno sviluppo dell'alternativa messa in atto.

«Tutti quanti parliamo sempre di autogestione ed è bellissimo, però è un'autogestione che fa riferimento solamente all'ambito individuale; ma cominciamo a ragionare in termini produttivi, per cui se 'sti pezzi li mettiamo insieme... È chiaro che è complicato perché già oggi i vari attori hanno molta difficoltà a parlarsi tra di loro però poniamo la domanda in un altro modo: “ma tu perché sta facendo questa cosa?” Perché vuoi

sentirti tranquillo con la tua coscienza rispetto a quello che sta succedendo oppure ti poni in termini politici?» (Intervista Genuino Clandestino B, 7 giugno 2015, Torino)

In conclusione, mi sembra di poter affermare da un lato che è necessario adottare un approccio critico, storicamente fondato e centrato sulle pratiche (come luogo di osservazione degli intrecci tra persone, saperi, risorse, supporti materiali e immateriali, ecc.), per analizzare cosa è messo in gioco quando si evoca la “partecipazione”, in qualunque contesto (servizio territoriale, quartiere, centro sociale, organizzazione non governativa, ecc.). Un esempio a questo proposito è l’iniziativa dell’organizzazione britannica *Health Poverty Action* (affiliata al PHM), che sul suo sito internet ha inaugurato una rubrica dedicata alla gestione interna del potere, una finestra autoriflessiva che consente tanto a chi ne fa parte quanto a chi la sostiene o è da essa sostenuto di accompagnare, interagire e apprendere dal processo (Health Poverty Action 2016).

Il movimento critico che si potrebbe chiamare, prendendo il termine a prestito da Postman e Weingartner (Postman e Weingartner 1971), di “*crap detecting*”¹⁸ dovrebbe essere accompagnato da prese di posizione, tanto nelle pratiche (scegliere la non partecipazione, accogliere le forme di resistenza e conflitto come repertori legittimi – e anche necessari alla trasformazione sociale per la salute, come suggerito da Labonté 2004 – dell’agire politico), quanto nelle prese di parola (e in questo i media giocano un ruolo fondamentale, così come gli intellettuali).

Ripoliticizzare discorsi e pratiche sulla partecipazione in salute sembra dunque una strada promettente, nella quale chi si occupa di ricerca e di promozione della salute potrebbe giocare un importante ruolo di supporto delle comunità. Un esempio in tal senso è la rete statunitense *Community-Campus Partnerships for Health*, nata per promuovere equità in salute e giustizia sociale favorendo collaborazioni tra comunità e istituzioni accademiche e “assicurando che la realtà della partecipazione comunitaria corrisponda a quanto dichiarato” («Community Campus Partnerships for Health»). Oltre a supportare e controllare la qualità delle collaborazioni, la rete agisce rafforzando le università nelle competenze necessarie e aiutando le comunità a identificare università “impegnate” per collaborazioni proficue (Wallerstein et al. 2011). Nel nostro Paese, diverse persone del mondo accademico hanno pubblicamente preso posizione a favore di un’esperienza di auto-organizzazione comunitaria intorno al progetto Mondeggi Bene Comune – Fattoria Senza Padroni (una delle esperienze coinvolte nella ricerca-azione) (MBC - FSP 2017). Tra le ragioni del sostegno, si cita “la collaborazione con diversi dipartimenti delle università italiane e straniere (Firenze, Reggio Emilia, Roma, Cagliari, Siena, Trento, Oxford, Barcellona, ecc.) per progetti di ricerca, tesi di laurea e momenti formativi condotti da vari docenti universitari”, e il fatto che “Mondeggi rappresenta un esperimento riuscito di gestione di un bene secondo logiche comunitarie, contro l’individualismo dilagante, solidali, contro l’onnivora competizione,

18 Letteralmente, “identificazione delle cazzate”; argomentando la necessità di una trasformazione profonda dell’approccio all’insegnamento, gli autori affermano che l’educazione a qualsiasi livello dovrebbe tendere a formare esperti in “*crap detecting*”, rilevatori/scopritori delle “bufale” ovunque circolanti a sostegno delle violenze istituzionali che servono a conservare intatto l’ordine sociale in cui ci troviamo a vivere.

autogestionarie, al posto dell'onnipresente gerarchia. Per questo l'esperienza di Mondeggi è al contempo un tassello importante dell'urgente riflessione mondiale sui limiti dello sviluppo agro-industriale e un'alternativa reale e funzionante.” (MBC - FSP 2017). Sulla scorta di questa esperienza, è in gestazione la creazione di una rete di soggetti accademici a disposizione delle realtà autogestite e comunitarie, per strutturare rapporti di collaborazione, mutua formazione e con-ricerca ispirati a principi di solidarietà, salute e giustizia sociale.

Entrata/esplorazioni α - Pratiche del comune in salute

Secondo un recente rapporto dell'organizzazione non governativa *Corporate Europe Observatory*, una combinazione di pressioni e norme a livello europeo ha contribuito negli anni a creare un ambiente favorevole alle privatizzazioni nell'ambito della sanità. I processi descritti e analizzati comprendono diversificate azioni di *lobby* da parte di grandi gruppi industriali, compagnie e *think tank*, nonché il fatto che questi attori e buona parte dei decisori a livello europeo condividono una medesima ideologia pro mercato (Tansey 2017). I meccanismi implicati comprendono mercificazione (la direttiva europea sull'assistenza sanitaria transfrontaliera di fatto considera le prestazioni sanitarie come servizi commerciali, sottoponendole alle regole del mercato interno), commercializzazione (rinforzata dagli accordi di libero mercato), partenariati pubblico privato (promossi dalla Commissione Europea come strumenti per ridurre la spesa pubblica sfruttando la maggiore efficienza del settore privato, nonostante l'assenza di prove al riguardo e l'esistenza al contrario di fondati dubbi, EPOS 2013), e *governance* economica (soprattutto tramite misure di *austerity* imposte mediante strumenti legislativi o pressioni negoziali, Pavolini et al. 2015).

Molto spesso, l'ambiente disegnato dalle normative per favorire investimenti privati nell'ottica di ridurre la spesa pubblica si traduce – e non è un paradosso – in un aumento della stessa. Un recente parere della Corte dei Conti ha documentato il processo in Toscana, dove la regione ha utilizzato lo strumento del *project financing* per la costruzione di quattro ospedali (Benci 2017). Si tratta di una serie di procedure finalizzate a coinvolgere capitali privati nella realizzazione di opere pubbliche, in un contesto in cui l'amministrazione non mette tutte le risorse necessarie, ma permette lo sfruttamento economico dell'opera al privato attraverso un contratto di concessione (solitamente ultraventennale o trentennale) al termine del quale l'opera è interamente pubblica. Secondo la Corte dei Conti, nel caso toscano la convenzione presenta “condizioni di spiccata convenienza per il concessionario [privato], ricadendo molti rischi sul concedente [pubblico]. [...] Modesta risulta l'attività di controllo e di monitoraggio dell'opera, anche a causa della direzione dei lavori affidata, per disposizione legislativa, all'esecutore stesso.” (Corte dei Conti 2016). Sui limiti e la frequente nocività per i conti pubblici dello strumento, per lo meno in ambito sanitario, erano già state espresse fondate opinioni sulla base di precedenti esperienze, senza tuttavia che si procedesse ad adeguamenti normativi (Benci 2015).

D'altro canto, esistono strette prossimità – o connivenze – tra ambito decisionale e settori di mercato implicati negli investimenti in salute, come testimonia il fenomeno denominato *revolving doors*, o porte girevoli. Si tratta del passaggio, in entrambe le direzioni, di professionisti dal ruolo di decisori pubblici a quello di consulenti o azionisti di imprese private, che operano nei medesimi ambiti di interesse. Un caso recente e paradigmatico è quello di Andrew Lansley, ex ministro della sanità

inglese nonché responsabile della riforma che ha di fatto smantellato il servizio sanitario nazionale NHS (*Health and Social Care Act* del 2012). Lasciato l'ufficio nel 2010, l'ex ministro è stato chiamato a consulenza dalla multinazionale del farmaco Roche, impresa che aveva largamente beneficiato di un fondo per la ricerca sul cancro da lui istituito. Inoltre, ha dichiarato rapporti di consulenza con diversi gruppi di investimento nel settore sanitario, beneficiari della riforma sanitaria del 2012 da lui architettata (Mason 2015).

Benché il Regno Unito guidi a livello europeo la poco invidiabile classifica dei conflitti di interesse in sanità, anche nel nostro Paese ci sono casi recenti ben documentati. Per esempio, il Piano Nazionale Vaccini 2016-2018 è stato redatto da un gruppo di venti esperti, di cui ben undici con rapporti economici di varia natura con imprese farmaceutiche produttrici (anche) di vaccini (Day 2015). Solo pochi mesi fa è stata presentata un'interrogazione parlamentare per verificare la circostanza di un importante fondo erogato dalla multinazionale farmaceutica Merck Sharpe & Dhome (*leader* nella produzione di vaccini) a favore dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, settore scientifico Igiene generale e applicata della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel quale è esponente di spicco l'attuale direttore dell'Istituto Superiore di Sanità, organo che ha svolto un ruolo importante nella predisposizione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (Sanità24 2017).

Gli stretti legami tra salute e mercato, e il fatto che il profitto sia sempre più considerato una componente inalienabile – quando non necessaria – per avere ricerca e cure di qualità e sostenibili, sono chiamati in causa tra gli elementi di progressiva erosione della fiducia delle persone nella medicina convenzionale e istituzionale (Cima e Satolli 2008). Gli ingredienti del dibattito sulle vaccinazioni che da mesi tiene banco nel nostro Paese, nel quale non mi addentrerò per (non) uscirne viva, sono tutti in qualche modo ancorati a questo snodo.

In questa esplorazione, affronteremo aspetti della mercificazione della salute evidenziabili a livello di macro-politiche sanitarie (internazionali e nazionali) e ne discuteremo l'impatto sulla salute. Vedremo poi quali sono i discorsi e le pratiche che, a livello dei movimenti raggiunti dalla ricerca-azione, vengono messi in atto come forme di riappropriazione – costruzione di “comune” – degli elementi considerati diritti essenziali come salute, cibo, ambiente, produzione artistica e culturale.

1. È il neoliberismo, bellezza!

Nel 2009 c'è stata in Italia una grande campagna contro il rischio che, nell'ambito di un provvedimento normativo denominato “Pacchetto Sicurezza”, venisse rimosso il divieto di segnalazione per le persone straniere non in regola che si recano presso una struttura sanitaria. La campagna, denominata “Noi non segnaliamo”, fu ampia coinvolgendo non solo gli addetti ai lavori (medici e operatori sanitari), ma molte parti della società civile, e raggiunse l'obiettivo di far ritirare l'emendamento incriminato, pur riuscendo solo in parte a limitarne gli esiti infausti (paura e diffidenza tra le persone immigrate nei confronti delle strutture sanitarie sono ancora oggi di comune riscontro). Analizzando questo episodio in un contributo a un pubblicazione internazionale (PHM et al. 2011), tra le ragioni del successo scrivevo: “In Italia, avere un sistema sanitario universalistico che tutela la salute di tutta la popolazione è una realtà che la maggioranza della popolazione considera importante. È probabilmente uno dei pochi diritti che le persone ritengono intoccabile”.

A distanza di pochi anni lo scenario è molto mutato. A farne le spese non è solo il sistema sanitario, ma più in generale una visione di salute e cittadinanza come diritto. La crisi economica, le misure di *austerità* imposte come toccasana salvo poi essere rinnegate dagli stessi organismi internazionali responsabili della loro applicazione (Ostry, Loungani, e Furceri 2016), i conseguenti tagli alla spesa pubblica e lo spazio crescente lasciato e concesso al settore privato, la mancanza di forme organizzate di tutela dei diritti individuali e collettivi, sono tutti processi che hanno fortemente eroso la qualità della vita di molte persone nonché la fiducia che le attuali forme democratiche possano efficacemente rappresentare gli interessi della collettività. Analizzato a livello internazionale, il processo si iscrive in una progressiva ed espansiva mercificazione degli spazi della vita, che a detta di diversi autori si manifesta come caratteristica intrinseca al sistema capitalista nella sua fase di sviluppo (o razionalità) neoliberista (Harvey 2005).

Secondo Dardot e Laval, infatti, il neoliberismo è la razionalità del capitalismo contemporaneo, pienamente riconosciuto come costruito storico e assunto a norma dell'esistenza in tutte le società moderne: “Il neoliberismo può essere definito come il set di discorsi, pratiche e apparati che determina una nuova modalità di governo degli esseri umani in accordo con la norma generale della competizione” (Dardot e Laval 2013). Gli autori hanno sottolineato un punto importante, ovvero come il neoliberismo non sia solo un agente di smantellamento di assetti preesistenti, ma anche una forza produttrice di un certo tipo di relazioni sociali, di modi di vita e di soggettività, identificandone in questo l'originalità (non solo un regime di accumulazione ma, più in generale, la produzione di una società diversa). Sottolineano anche come la recente crisi economica, lungi dall'ostacolare le politiche neoliberali, ha condotto a un loro rafforzamento (sotto forma per esempio

di misure di *austerity*), con un ruolo molto attivo giocato dagli Stati nel promuovere la logica della competizione nei mercati finanziari.

In contrapposizione alla vulgata che vede nell'attuale assetto economico una vittoria del mercato sullo Stato, Dardot e Laval propongono un'analisi del ruolo attivo dello Stato nel processo di introduzione e universalizzazione della logica competitiva e del modello imprenditoriale a livello di economia, società e degli stessi apparati statali, frutto di politiche precise e mirate. Riprendendo la lezione di Marx, Weber e Polanyi gli autori affermano che il mercato non opera da solo, ma è sempre stato sostenuto dallo Stato. Infatti, le ondate di privatizzazione, deregolamentazione e riduzione delle tasse che si sono diffuse nel mondo dagli anni Ottanta hanno fatto pensare a una riduzione dello Stato, o addirittura alla fine dello Stato-nazione, corrispondente a un'espansione dell'attività del capitale privato in campi prima governati da principi estranei al mercato. Tuttavia, gli autori mostrano che non si tratta di una ritirata dello Stato di fronte al mercato, ma piuttosto di una trasformazione dell'azione statale che rende lo stesso Stato uno spazio governato dalle regole della competizione, e soggetto ai limiti dell'efficienza al pari di un'impresa privata. Lo Stato viene così a essere rimodulato da due processi, che agiscono rispettivamente dall'esterno (attraverso le estese privatizzazioni delle imprese pubbliche) e dall'interno (mediante l'istituzione di uno Stato che valuta e regola mobilizzando nuovi strumenti di potere e strutturando, tramite essi, nuove relazioni tra il governo e i soggetti sociali) (Dardot e Laval 2013).

Gli aspetti interessanti di questo sguardo sono la denaturalizzazione dei processi economici alla base dell'accumulazione del capitale (non senza una certa presa di distanza da Marx), e il rifiuto di assumere la dimensione economica come fattore invariante rispetto alle dimensioni istituzionali e sociali. Inoltre l'intendere il neoliberismo come processo di governamentalità¹⁹ aiuta a superare la dicotomia Stato-mercato, che non rende pienamente ragione delle profonde sinergie esistenti tra gli ambiti, per vedere come la medesima logica normativa governa le relazioni di potere a diversi livelli e in sfere differenti della vita economica, politica e sociale. Nelle parole di Dardot e Laval, "In contrapposizione a ogni interpretazione del mondo sociale che lo divide in campi autonomi e lo frammenta in clan e microcosmi separati, l'analisi in termini di governamentalità sottolinea il carattere trasversale delle modalità di potere esercitate in una società all'interno di una stessa epoca" (Dardot e Laval 2013).

19 Riprendendo Foucault, con riferimento alla dimensione del potere, si intendono con questo termine le molteplici attività attraverso le quali gli esseri umani, che possono o meno fare parte di un governo, mirano a dirigere la condotta di altri esseri umani, ovvero di governarli.

2. L'istituzione/le istituzioni del mercato nella salute

Per illustrare il punto precedente, è utile procedere con una disamina storica del percorso che le politiche pubbliche nell'ambito della salute hanno avuto nell'epoca neoliberista, ovvero dalla fine degli anni Settanta ad oggi. Inteso come risposta non solo alla crisi economica di quegli anni, ma a una più ampia crisi di governamentalità (crisi acuta di tutte le forme dominanti di potere), il neoliberismo emerge anche in reazione alla crescente mobilitazione e opposizione sociale, nonché alla sfida posta dal socialismo e dal nazionalismo nel Sud globale (Pradella e Marois 2015).

Neoliberismo in sanità: i piani di aggiustamento strutturale

In maniera esemplificativa, il primo set di politiche pro mercato di stampo neoliberista fu implementato in Cile dopo il colpo di stato appoggiato dagli Stati Uniti, che portò alla destituzione e poi alla morte di Salvador Allende (prima Ministro della salute, poi Presidente di un Cile fortemente progressista). Questa collocazione acquista importanza reale e simbolica se si considera che Allende è anche un padre della Medicina Sociale latinoamericana, autore di importantissimi contributi teorici e pratici sul fronte espansivo di una sanità pubblica di stampo universalista (Labonté 2013). Negli anni Cinquanta infatti il Cile istituì un servizio sanitario nazionale finanziato dalla fiscalità generale, sul modello del *National Health System* britannico, molto efficiente per gli *standard* latinoamericani e che portò risultati evidenti in termini di indicatori di salute (Bossert e Leisewitz 2016). Tuttavia, dopo il colpo di stato le politiche neoliberiste applicate anche alla sanità favorirono un grande sviluppo del settore privato: i lavoratori dipendenti furono autorizzati a uscire dal sistema di sicurezza sociale e a utilizzare il 7% del loro stipendio (previsto per legge) per acquistare polizze da assicurazioni private, le quali stipulavano accordi con fornitori privati. Si venne presto a creare un sistema sanitario a due livelli: uno pubblico, finanziato attraverso un'agenzia statale, e uno privato che arrivò a coprire il 26% della popolazione, la quale spendeva in servizi sanitari fino a due volte tanto rispetto alla popolazione coperta dallo Stato. Il governo militare inoltre decentralizzò i servizi di cure primarie, portandoli gradualmente sotto il controllo municipale (Bossert e Leisewitz 2016).

I dettami della scuola economica di Chicago²⁰ (i cosiddetti “*Chicago Boys*”), fatti propri da istituzioni come Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale, si diffusero a molti altri Paesi tramite i cosiddetti “Piani di Aggiustamento Strutturale”, imposti come ricetta per uscire

20 Le politiche alla base del cosiddetto “*Washington Consensus*”, cardine della dottrina neoliberista, comprendono: disciplina fiscale, riduzione della spesa pubblica, riforma delle tasse, liberalizzazione finanziaria, tassi di scambio determinati dal mercato, apertura agli investimenti stranieri (*foreign direct investment*), privatizzazione dei servizi pubblici e delle imprese statali, deregolamentazione, stretta sui diritti proprietari (Pradella e Marois 2015).

dall'indebitamento. Infatti, le crisi petrolifere intervenute negli anni Settanta-Ottanta, a seguito della guerra arabo-israeliana prima (1973) e della rivoluzione iraniana poi (1979), avevano avuto pesanti effetti sull'economia mondiale, colpendo duramente tutti i Paesi importatori di petrolio. Le misure adottate per far fronte all'aumento del costo dell'energia, e alla conseguente crescita dell'inflazione, determinarono ovunque una fase di grave recessione. Per i Paesi non industrializzati, che avevano in precedenza registrato una significativa crescita economica, le conseguenze furono doppiamente severe perché all'aumento del costo del petrolio (e degli altri prodotti importati dai Paesi industrializzati) si aggiunse il ribasso del prezzo delle materie prime, di cui essi erano principali esportatori, causato dal crollo mondiale della domanda. Lo *shock* petrolifero fu assorbito abbastanza rapidamente nei Paesi industrializzati, mentre per gran parte dei Paesi a basso reddito – prevalentemente africani, con strutture politiche, sociali ed economiche più fragili e vulnerabili – esso segnò l'inizio di una lunga fase di crisi, impoverimento e indebitamento (OISG 2008).

I Piani di Aggiustamento Strutturale furono dunque la ricetta per il “risanamento” delle economie dei Paesi più poveri e indebitati (e condizione vincolante per la concessione dei crediti), in coerenza con le politiche neoliberiste dominanti: drastici tagli nei consumi e nella spesa pubblica (inclusi i servizi come sanità ed educazione) per ridurre l'inflazione e il debito pubblico; privatizzazioni in tutti i settori; decentramento e bassissimo profilo dello Stato centrale.

Le ricette della Banca Mondiale e gli esiti in salute

Nel campo specifico delle politiche sanitarie, la Banca Mondiale pubblicò nel 1987 un primo documento dedicato, una sorta di compendio tecnico alle politiche di aggiustamento strutturale. Il testo contiene una serie di indicazioni da seguire nella ristrutturazione dei servizi sanitari nei Paesi a basso reddito, con valore di fatto prescrittivo nei confronti di quelli maggiormente indebitati. Le misure previste sono: 1) rendere a pagamento i servizi sanitari pubblici; 2) favorire la privatizzazione dei servizi sanitari; 3) promuovere programmi assicurativi; 4) decentralizzare il governo della sanità (World Bank 1988). Si tratta di quattro punti strettamente collegati: l'introduzione delle tariffe (*user fees*) nelle strutture governative non è solo un modo per scaricare sugli utenti il costo dei servizi, ma anche la condizione essenziale per promuovere le assicurazioni; d'altro canto, senza un sistema assicurativo funzionante gli ospedali governativi non possono applicare tariffe sufficientemente alte da coprire gli interi costi. La privatizzazione dei servizi e il decentramento della programmazione, dell'organizzazione e del finanziamento dei servizi sono le altre due componenti essenziali della strategia che si propone di ridurre al minimo il ruolo del governo in sanità per lasciare il posto a un sistema basato sull'assistenza privata e sulle assicurazioni (OISG 2008). Chiunque ravveda, in questi precetti e processi di trent'anni fa, prefigurazioni di ciò che sta andando in scena oggi nel nostro Paese si può accodare a quanti hanno

documentato e analizzato i parallelismi tra politiche di aggiustamento strutturale degli anni Ottanta imposte al Sud del mondo e politiche di *austerità* imposte in questi anni al Sud d'Europa, entrambe ricette per “uscire dalla crisi” con l'effetto non proprio secondario di rafforzare la presa della *governance* neoliberale e trasferire ricchezza dall'ambito pubblico a quello privato.

Il parallelismo si può estendere anche alle conseguenze in salute, negative in entrambi i casi se pure con livelli diversi di drammaticità. L'UNICEF, nell'annuale rapporto del 1989, denunciò che a causa degli interventi di aggiustamento strutturale (“inumani, non necessari, inefficienti”) le condizioni di vita e di salute nei Paesi a basso reddito si erano paurosamente aggravate (“almeno mezzo milione di bambini sono morti negli ultimi dodici mesi come conseguenza della crisi economica che colpisce i Paesi in via di sviluppo”) (Grant 1989). Analisi condotte a distanza di tempo, in grado di valutare gli esiti con maggiore accuratezza, hanno messo in luce che gli effetti sulla salute sono mediati sia dalle trasformazioni (in senso privatistico) dei sistemi sanitari, sia dagli effetti sui determinanti sociali, e che colpiscono in modo particolare donne e bambini e chi è in condizioni socioeconomiche più sfavorevoli (per una ricca e aggiornata bibliografia, vedi Kentikelenis 2017). Per quanto riguarda la crisi del 2008, benché le analisi a riguardo non possano ancora dirsi conclusive, numerosi autori hanno documentato un peggioramento degli indicatori di salute soprattutto nelle aree della salute mentale, compreso il tasso di suicidi (Chang et al. 2013; De Vogli, Vieno, e Lenzi 2014). La validità di tali conclusioni è stata confermata da due revisioni sistematiche, che hanno mostrato l'impatto su condizioni come ansia e depressione (Frasquilho et al. 2016) nonché sullo stress e gli esiti in salute a esso correlati (Mucci et al. 2016).

A testimoniare la rilevanza e l'attualità di questo tipo di analisi, una recentissima serie pubblicata dal *British Medical Journal* è dedicata al ruolo che la Banca Mondiale ha giocato e gioca nell'influenzare le politiche sanitarie globali. Per lungo tempo “*the Bank*”, come viene chiamata in gergo, è stata il maggiore finanziatore di programmi e progetti sanitari a livello globale, e mantiene oggi tale posizione all'interno del sistema delle Nazioni Unite. Gli articoli della serie mettono in evidenza la tensione che esiste tra il mandato della Banca (creare nuovi mercati) e il garantire la salute e l'accesso alle cure come diritto umano fondamentale. Sottolineano inoltre che i nuovi meccanismi finanziari utilizzati dalla Banca Mondiale restringono il campo decisionale a un piccolo numero di donatori (Sridhar, Winters, e Strong 2017), e che il ruolo dell'istituzione nella salute globale porta con sé il rischio di ulteriori privatizzazioni nel settore sanitario (Tichenor e Sridhar 2017). Questo secondo aspetto è supportato da un recente commento apparso su *Healthcare Business International*, un sito specializzato in sanità privata, in cui si afferma che “ci sono chiari segnali che la Banca Mondiale è sempre più incline a lavorare con il settore sanitario privato”, anche se la strada è ancora lunga a causa della forte opposizione di molte organizzazioni non governative soprattutto nel Regno Unito. Con notevole onestà intellettuale, il sito riporta anche che la maggior parte dell'offerta sanitaria privata nei mercati emergenti è rivolta ai ricchi, cosa che rende (o dovrebbe rendere) alquanto problematico il finanziamento da parte di banche di investimento per lo sviluppo come la Banca Mondiale (Hotopf 2017).

Le trasformazioni della *governance*

Quanto descritto finora non ha semplicemente segnato un'epoca di riforme, ma ha cambiato profondamente l'assetto di governo delle politiche (sanitarie) nazionali e internazionali, strutturando quella che oggi viene definita “*governance* globale” della salute. Il concetto di *governance* (“la parola chiave della nuova norma globale neoliberale”, secondo Dardot e Laval) è centrale a una serie di analisi critiche del regime neoliberista, che mettono a fuoco quanto esso sia venuto progressivamente a sostituire il concetto di governo o, ancora più, di sovranità. Significativamente, il termine appare in maniera diffusa proprio in concomitanza con le politiche di aggiustamento strutturale, per indicare il “buon” funzionamento (*good governance*) degli Stati in ottemperanza ai dettami di Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale. Gli Stati non sono più giudicati in base alla capacità di garantire sovranità sul territorio nazionale, bensì di rispettare le condizioni amministrative poste sui crediti di aggiustamento strutturale, in primo luogo l'apertura ai flussi commerciali e finanziari (Dardot e Laval 2013).

La *governance* è spesso stata descritta come una modalità nuova di esercitare il potere, che comprende istituzioni legislative e politiche nazionali e internazionali, associazioni, imprese, *think tank*, università, eccetera. Se da una parte essa può essere intesa come un sistema di definizione dei rapporti tra attori e di sviluppo delle politiche pubbliche radicalmente alternativo e indipendente rispetto al sistema di governo, dall'altra si può pensare alla *governance* come a un modo di governo diversamente sviluppato, che contempla una nuova configurazione delle relazioni gerarchiche in cui lo Stato, rispetto a una molteplicità di nuovi attori provenienti dal mercato, dal terzo settore e dalle organizzazioni di volontariato, può essere incluso oppure rivestire un ruolo centrale.

L'analisi di Dardot e Laval mette in luce come la norma della competitività ha portato allo sviluppo crescente di forme multiple di concessione di autorità a imprese private, al punto da poter parlare – in molte aree – di co-produzione pubblico-privata di norme internazionali. Ciò significa che le politiche macroeconomiche sono frutto di processi decisionali congiunti pubblico-privato, mentre lo Stato mantiene una certa autonomia in altre aree, benché si tratti comunque di un'autonomia erosa dall'esistenza di poteri sovranazionali e dalla delega di molte responsabilità pubbliche a reti intrecciate e sovrapposte di organizzazioni non governative, comunità religiose, imprese private e associazioni. È questa ibridazione generalizzata della cosiddetta azione “pubblica” che spiega la promozione della categoria di *governance* per connotare le pratiche e le funzioni dello Stato, in un ruolo più di coordinamento che di produzione di servizi (Dardot e Laval 2013).

Il ruolo dell'OMS come analizzatore

La storia recente dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), che molti osservatori connotano in senso involutivo come perdita di *leadership* e potere, è illustrativa delle dinamiche sopra analizzate. La crisi dell'OMS inizia alla fine degli anni Ottanta, in ragione di una serie di processi. Ad Halfdan Mahler, carismatico direttore che aveva condotto l'organizzazione alla conferenza di Alma Ata, succede nel 1988 un piuttosto anonimo ricercatore giapponese, Hiroshi Nakajima. La mancanza di una guida autorevole aggrava alcuni seri problemi che l'OMS deve affrontare, in primo luogo il blocco dei finanziamenti budgetari (il budget resta fisso nel tempo, perdendo progressivamente valore a causa dell'inflazione)²¹ e la crisi nei rapporti con gli Stati Uniti, che comporta ripetute interruzioni nel flusso dei fondi. Questo secondo aspetto è la conseguenza di alcune azioni intraprese dall'OMS sotto la precedente direzione, tra cui l'emanazione del codice internazionale sui sostituti del latte materno e il lancio del programma dei farmaci essenziali, entrambi invisibili alle emergenti imprese transnazionali (OISG 2008). Parallelamente alla stagnazione dei fondi, crescono proporzionalmente i programmi finanziati attraverso meccanismi cosiddetti extra budgetari (ovvero *ad hoc*). Il contributo relativo dei finanziamenti extra budgetari, che era il 20% nel 1970 (proveniente per oltre la metà da altre agenzie delle Nazioni Unite), ha superato per la prima volta il 50% negli anni Novanta, arrivando alla fine degli anni Duemila a contare per oltre il 75% (Lee 2009)²². Nella maggior parte dei casi, questi fondi sono legati a particolari progetti finanziati *ad hoc* da vari donatori, come i Paesi ad alto reddito o le agenzie multilaterali come la Banca Mondiale (e, in tempi più recenti, le partnership pubblico-privato, i fondi cosiddetti *multi-stakeholder* e le fondazioni del cosiddetto filantrocapitalismo²³). Questo ha comportato una contrazione del ruolo istituzionale dell'OMS, quello di rappresentanza dell'Assemblea dei Paesi, e a uno spostamento dei livelli decisionali al di fuori del controllo dell'organizzazione.

D'altro canto, proprio la scarsa efficienza e l'inaffidabilità dell'OMS erano indicate come motivazioni per la scelta di canalizzare a parte i finanziamenti e consentire una gestione più diretta di fondi e programmi. Ciò nonostante, è possibile affermare a distanza di tempo che la contrazione dei finanziamenti è alla base delle inefficienze dell'organizzazione, e non rappresenta la strategia per risolverle (PHM et al. 2014). Inoltre, un'eccessiva dipendenza dai fondi volontari (e vincolati) ha generato una malsana competizione nei confronti dei donatori tra i diversi dipartimenti e nei confronti di organizzazioni non governative e altre associazioni, e ha ridotto la capacità dell'OMS di pianificare, finanziare e realizzare una propria e coerente strategia. Anche le risoluzioni

21 Negli anni Ottanta c'è stato un blocco sugli aumenti dei fondi a tutte le agenzie delle Nazioni Unite (era però consentito un adeguamento all'inflazione), mentre dal 1993 il blocco è stato totale (su pressione degli Stati Uniti) (Lee 2009).

22 Il dato più aggiornato riporta che le contribuzioni budgetarie ammontano al 17,5%, quelle volontarie vincolate al 71,2% (WHO 2017b).

23 Il termine filantrocapitalismo è stato coniato nel 2006 da Matthew Bishop, editore della rivista *Economist* e autore poi di un libro insieme a Michael Green, dal titolo omonimo. Esso indica l'utilizzo del potere e degli strumenti del mercato per raggiungere fini sociali, aumentare la crescita economica nelle regioni povere e rendere l'azione filantropica maggiormente costo-efficace (PHM et al. 2011).

dell'Assemblea si trovano a essere dipendenti, per la loro implementazione, da questa incerta e competitiva “caccia ai finanziamenti” (PHM, Medact, e Global Equity Gauge Alliance 2008).

In linea con i dettami di una certa *leadership* tecnico-scientifica, non senza rapporti con il mondo del mercato²⁴, lo slittamento verso un finanziamento sempre più eterodiretto ha generato programmi “verticali” (ovvero rivolti in modo settoriale verso una sola patologia o condizione), come il programma contro l'AIDS o quello per la copertura universale delle vaccinazioni. Programmi che sono successivamente stati messi pesantemente in discussione, tanto da spingere l'OMS a mettere in guardia i Paesi sui limiti di un loro utilizzo e sulle resistenze da vincere per “piegarli” all'interesse comune (Atun, Bennet, e Duran 2008). Perfino un *working paper* del Fondo Monetario Internazionale – uno dei promotori della strategia verticale – ha messo in luce che: “Perversamente, le forti iniezioni di risorse indirizzate a specifiche malattie (i cosiddetti “programmi verticali”) hanno indebolito le infrastrutture e spostato le risorse umane necessarie per prevenire e trattare malattie comuni (come la diarrea e la polmonite) che uccidono molte più persone. Inoltre i molteplici donatori – ciascuno con le proprie priorità, le proprie procedure amministrative, i propri sistemi di valutazione – hanno prodotto caos e sprechi nei Paesi ospiti. Infine un'importante preoccupazione è la sostenibilità di questi programmi verticali dato che i fondi dei donatori possono non essere stabili e duraturi. In conclusione per i Paesi riceventi questi fondi hanno rappresentato un elemento di sfida e insieme di destabilizzazione nella gestione del sistema sanitario” (Hsiao e Heller 2007).

È interessante notare come il citato documento dell'OMS, nel paragrafo dedicato all'economia politica, identifichi proprio nei rapporti di potere e negli interessi in campo le difficoltà più grandi per i decisori politici e gli amministratori: “Per esempio, l'economia politica del dibattito tra approcci orizzontali e verticali nella regione europea dell'OMS – e in particolare nella parte più orientale, dove i programmi verticali persistono – è stata complessa e influenzata dalle relazioni tra Paesi donatori e Paesi riceventi (con i donatori che spingevano per l'approccio verticale). [...] In molti di questi Paesi, potenti interessi hanno creato grandi difficoltà ai tentativi di sviluppare riforme significative nell'organizzazione, finanziamento ed erogazione dei servizi [...] con grande resistenza ai programmi orizzontali, etichettati come 'stranieri, ingenui, idealistici e irraggiungibili” (Atun, Bennet, e Duran 2008). La conclusione è che ogni modifica alle modalità di erogazione dei servizi deve essere accompagnata da cambiamenti nella *governance*, nell'organizzazione e nei sistemi di finanziamento, e portata avanti insieme a riforme di leggi e norme: è qui che stanno i maggiori ostacoli al cambiamento.

24 L'articolo che ha affossato l'approccio di *Primary Health Care* sostenuto ad Alma Ata (dopo anni di sperimentazioni sul campo), bollandolo non di inefficacia ma di inefficienza e insostenibilità economica e promuovendo al suo posto la cosiddetta *selective Primary Health Care* (Walsh e Warren 1979), introduce di fatto il criterio di mercato (costo/efficacia) come principale strumento di valutazione e validazione degli approcci in sanità. L'articolo è a firma di due ricercatori finanziati dalla fondazione Rockefeller ed è stato presentato in un incontro a Bellagio finanziato dalla stessa fondazione Rockefeller e dalla fondazione Ford; per una disamina critica dei legami tra la suddetta fondazione e le origini e la storia dell'OMS, si veda (Birn 2014).

A partire dagli anni Novanta le *partnership* pubblico-privato (PPP) sono cresciute esponenzialmente in numero e influenza, sostenute tanto dall'OMS (per esempio sotto la direzione di Gro Harlem Brundtland) quanto da fondazioni come Rockefeller e Bill e Melinda Gates, sulla base dell'argomentazione – in linea con i precetti del neoliberismo orientati alla privatizzazione di beni e servizi – che la cooperazione nel mondo globalizzato non può più basarsi solo sul multilateralismo degli Stati-nazione, ma deve includere il settore privato (Martens 2007). Alla fine degli anni Novanta, le agenzie delle Nazioni Unite avevano classificato un'ampia gamma di interazioni tra pubblico e privato come “*partnership*” o “*iniziative multi-stakeholder*” (MSI). Entrambi i concetti hanno la caratteristica di porre tutti gli attori sullo stesso piano, eliminando le differenze essenziali di ruoli, posizioni e interessi (Zammit 2003).

Un rapporto del 2007 dell'agenzia di cooperazione bilaterale del Regno Unito definiva il panorama della salute globale eccessivamente complesso, con 40 donatori bilaterali, 26 agenzie delle Nazioni Unite, 20 fondi globali e regionali e 90 iniziative di salute globale (PHM, Medact, e Global Equity Gauge Alliance 2008). Osserva Gavin Yamey, autore di una serie di articoli dedicati all'OMS sul *British Medical Journal* nel 2002, “Le *partnership* tendono a ‘cogliere dall’albero i frutti più bassi’, concentrano i loro sforzi nell’ottenere risultati rapidi piuttosto che costruire un sistema sanitario ampio e robusto per venire incontro ai bisogni della popolazione. (...) I Paesi poveri inoltre non hanno le risorse per coordinare tutte queste frammentarie iniziative” (Yamey 2002a). Conclude Yamey: “Nel modificarsi dell’architettura della salute globale, la sua *governance* si sta spostando dalla WHO verso i donatori. L’Assemblea Mondiale della Sanità può essere lenta e burocratica, ma ha i vantaggi della legittimità rappresentativa – 192 Paesi, poveri e ricchi tutti con lo stesso potere di voto – e risponde ai Paesi stessi. Le nuove iniziative globali sono al di fuori della *governance* dell’Assemblea e rispondono ampiamente ai loro donatori: fondazioni private e governi ricchi. Scegliendo quali interventi sanitari finanziare (soprattutto controllo delle malattie infettive), quali strategie adottare (prevalentemente programmi verticali) e quali Paesi debbano ricevere appoggio, queste iniziative stanno indebolendo in forma discutibile l’influenza delle Nazioni Unite sul modo di spendere i soldi per la salute globale.” (Yamey 2002b). Un esempio tra tutti è il Fondo Globale per la lotta ad AIDS, tubercolosi e malaria, la più grande PPP in termini monetari, nel cui consiglio direttivo OMS e UNAIDS²⁵ non hanno diritto di voto, mentre i rappresentanti del settore privato (al momento l'industria farmaceutica Merck e la fondazione Bill e Melinda Gates) sì (Birn e Richter 2017).

L'adozione di stringenti criteri di valutazione basati sulla *performance* ha portato alcune iniziative a perseguire i propri obiettivi senza considerare l'impatto delle proprie attività sui sistemi sanitari o sul più ampio sistema degli aiuti. Andare all'inseguimento di fondi, successo e attenzione pubblica mina gli sforzi per assicurare un sistema maggiormente organizzato di reciproca responsabilità, coordinamento e cooperazione (Buse e Harmer 2007). Inoltre, il nuovo panorama solleva questioni

25 L'agenzia delle Nazioni Unite dedicata alla lotta all'AIDS.

politiche di responsabilità tanto dei singoli attori quanto dell'intero sistema di *governance* (PHM, Medact, e Global Equity Gauge Alliance 2008).

A oggi la situazione si è evoluta ulteriormente, con l'emergenza di nuovi e potenti attori come la Fondazione Bill e Melinda Gates (BMGF), la più grande fondazione filantropica al mondo e di gran lunga la più grande organizzazione filantropica coinvolta nella salute globale, con una spesa nel settore che supera quella di qualunque governo ad eccezione degli Stati Uniti (Curtis 2016). Sono in molti a criticare l'indebita influenza che un soggetto tanto potente, e che sfugge al controllo democratico, ha sull'agenzia multilaterale che dovrebbe rappresentare i governi eletti dei Paesi, e più in generale sull'agenda della salute globale. Il budget della BMGF per le attività di salute globale ha infatti superato quello dell'OMS, e dal 2008 la fondazione è il principale donatore privato dell'agenzia (Birn e Richter 2017). Secondo Birn e Richter, l'approccio pro mercato della BMGF è emblematico della penetrazione dei modelli di *business* nel campo della salute pubblica globale, che ha portato alla crescita dell'influenza del settore privato sulle attività di salute globale e ha sfumato i confini tra le sfere pubblica e privata, rappresentando una grave minaccia per la *governance* democratica della salute globale e per l'indipendenza scientifica (Birn e Richter 2017). Vengono criticate anche le connessioni finanziarie tra la BMGF e multinazionali del settore alimentare e di altri settori di prodotti al consumo che di fatto minacciano la salute, nonché i conflitti di interesse nei campi della produzione farmaceutica e dei diritti di proprietà intellettuale (PHM et al. 2011). A un livello più generale, Birn e Richter sottolineano che Bill Gates è il più ricco degli otto mega-milionari le cui ricchezze, sommate, eguagliano quelle della metà più povera del pianeta (Hardoon 2017), e denunciano la profonda contraddizione tra la dichiarazione di “salvare il mondo” e il fatto di utilizzare allo scopo profitti generati da speculazione finanziaria, paradisi fiscali, monopoli, sfruttamento dei lavoratori e distruzione di risorse naturali. A questo si aggiunge che le donazioni filantropiche sono largamente detassate, il che riduce ulteriormente il controllo democratico sui profitti generati portandoli nuovamente sotto la diretta sfera di influenza dei principali portatori di interesse (Birn e Richter 2017).

Adams e Martens fanno notare come, oltre alla BMGF, sono coinvolti altri attori come ExxonMobil, Goldman Sachs, Cemex, Bank of America e Shell, e mettono in luce i legami con questioni che – dall'impatto ambientale alla stabilità dei sistemi finanziari nazionali e globali – rappresentano preoccupazioni centrali nell'agenda globale post 2015 (Adams e Martens 2015). Nonostante le critiche mosse da moltissime organizzazioni della società civile, nel gennaio del 2017 il Consiglio Esecutivo dell'OMS ha accettato la richiesta della BMGF di entrare in relazioni ufficiali con l'organizzazione, di fatto alimentando ulteriori preoccupazioni di conflitti di interessi (Njanji 2017). Il regolamento che l'OMS si è data per i rapporti con gli attori non statali (*Framework of Engagement with Non-State Actors*, o FENSA), entrato in vigore nel maggio 2016 dopo quattro anni di aspri dibattiti, è stato giudicato dalla società civile come uno strumento che “legittima la appropriazione da parte degli *stakeholder* (*stakeholderisation*) della *governance* globale della

salute, concedendo al settore privato un posto all'interno delle attività e strutture centrali dell'OMS"²⁶. La ragione sottostante è la perdurante crisi finanziaria dell'organizzazione, che ha portato a una vera e propria istituzionalizzazione della dipendenza dai contributi volontari di Paesi, enti filantropici e settore privato. Le organizzazioni continuano affermando che “FENSA normalizza le contribuzioni finanziarie degli attori privati, consentendo loro di partecipare a progetti nei quali hanno interessi commerciali” (MMI 2017). Secondo Nicoletta Dentico, attenta osservatrice dell'OMS, “FENSA permette alle entità del *business*, alle fondazioni filantropiche e alle diverse partnership di entrare in relazione ufficiale con l'OMS. Il problema è che la gestione del conflitto di interessi non viene trattata con adeguatezza e realismo, e la promessa di trasparenza non illumina le ambiguità che permangono, a vari livelli.” (Dentico 2017).

Abbiamo fin qui tracciato un'analisi delle traiettorie che hanno sempre più avvicinato il mondo (e il modo) del mercato a quello della salute, assumendo come analizzatore l'OMS – al tempo stesso rilevante in quanto tale, e paradigmatico dei processi più ampi che hanno investito le Nazioni Unite e molti governi – nella sua traiettoria da ente finanziato e diretto dall'Assemblea dei Paesi, a organismo che deve regolare (e regolarsi) in un intreccio sempre più articolato e complesso di attori. Secondo Adams e Martens, si tratta di una duplice dinamica: da un lato la tendenza dei donatori a vincolare i finanziamenti, con la conseguenza di generare competizione per attrarre fondi anziché un'attitudine strategica a governare gli interventi verso una serie coerente di programmi centrali. Parallelamente, molte organizzazioni hanno cercato nuove fonti di finanziamento, spesso presso il settore privato non solo per le sue risorse, ma per la supposta efficacia ed efficienza, senza tenere in conto “quanto inefficienti e inefficaci si sono spesso mostrati gli attori privati nel sostenere beni e interessi pubblici e nel rispettare i diritti umani” (Adams e Martens 2015).

Un aspetto collegato è la tendenza a concedere al settore privato il potere di autoregolazione, che sostituisce norme e regolamentazioni. Tuttavia, la crisi finanziaria del 2008 ha evidenziato in modo drammatico i pericoli di affidare agli stessi attori che hanno interessi in gioco la responsabilità della supervisione del sistema (Dardot e Laval 2013). Su un piano più direttamente legato alla salute, un recente articolo ha esplorato le pratiche e analizzato le possibilità di regolamentazione dei cosiddetti “determinanti commerciali” delle patologie non trasmissibili, ovvero quelli collegati alla produzione e commercializzazione di prodotti di consumo nocivi per la salute (tabacco, alcol, cibi ultraprocessati, bevande zuccherate, ecc.). Facendo innanzitutto notare come questo tipo di prevenzione primaria abbia ricevuto pochissima attenzione rispetto agli approcci di prevenzione secondaria o terziaria (basati su terapie e interventi a lungo termine), gli autori sottolineano che la

26 A proposito dell'influenza delle *lobby* nel condizionare le scelte dell'OMS, si veda il recente documentario “*L'OMS dans les griffes des lobbyistes*” (ARTE TV 2017).

strategia dell'autoregolamentazione da parte dell'industria, preferita per non entrare in conflitto con gli interessi di mercato (spesso protetti anche dalle clausole dei trattati di libero commercio), non è adeguata a proteggere la salute delle persone. D'altro canto, affermano che – perché un esercizio regolatorio possa efficacemente contrastare i determinanti commerciali delle patologie croniche – si rende necessaria una profonda ristrutturazione dell'architettura della salute globale, in particolare per quanto riguarda l'OMS e l'Assemblea Mondiale della Salute (Buse, Tanaka, e Hawkes 2017).

Seguendo l'analisi di Dardot e Laval sulle dinamiche del neoliberismo, consideriamo i processi descritti non tanto come un ritirarsi dello Stato nei confronti del mercato, ma piuttosto come una pervasività delle modalità di mercato che vengono introiettate come criteri unici e oggettivi ai quali conformarsi. Si tratta di una privatizzazione della stessa costruzione delle norme internazionali, come la vicenda del FENSA illustra. Un esercizio del potere più indiretto e mediato dall'incorporazione dei codici, degli *standard* e delle norme definite dagli attori privati. Anche quando in gioco vi sono entità sovranazionali o intergovernative, come il Fondo Monetario Internazionale, l'Organizzazione Mondiale del Commercio, l'OCSE o la Commissione Europea, gli autori sottolineano quanto i governi nazionali siano attivamente coinvolti nella loro istituzione e gestione (Dardot e Laval 2013).

3. Forme di riappropriazione

«Vorremmo co-costruire dei percorsi di salute che abbiano un corpo comune più allargato rispetto alla frammentarietà delle singole esperienze. È possibile immaginare di creare, a partire da queste, un orizzonte condiviso più ampio, generativo di nuovi percorsi, politici, di salute/cura?» (Grup-pa, Le parole del comune in salute)

I movimenti e il principio del “comune”

«We live in capitalism. Its power seems inescapable. So did the divine right of kings. Any human power can be resisted and changed by human beings.» Ursula K. Le Guin, 2014

Ai dilaganti processi di privatizzazione, estesi dagli anni Ottanta a oggi nelle più diverse sfere della vita pubblica e sociale, si sono contrapposti a partire dagli anni Novanta – un po' ovunque nel mondo – nuovi gruppi e movimenti che chiedevano un'altra globalizzazione, centrata sui diritti, sulla giustizia sociale e ambientale. Quest'onda di mobilitazioni per una globalizzazione dal basso ha assunto istanze tipiche dei movimenti di classe, così come altre tipiche dei nuovi movimenti sociali, come l'ecologia e l'uguaglianza di genere (Brecher, Costello, e Smith 2000; Della Porta 2006). Tra i due fenomeni ci sono senz'altro continuità, ma anche significative differenze nelle forme di azione collettiva. Un assunto importante che collega (gli sguardi su) i movimenti delle due epoche è la graduale assunzione della categoria come non più eccezionale o non convenzionale, bensì costitutiva della società contemporanea stessa, anche definita “società di movimento”. L'idea è che, nelle democrazie industriali avanzate, la forma di movimento sia divenuta parte dei repertori convenzionali di partecipazione e presentazione di istanze sociali. La protesta sociale non più come evento sporadico, se pure ricorrente, della politica democratica, ma come elemento costante nella vita moderna, utilizzato sempre più spesso da realtà diversificate e per istanze eterogenee (Meyer e Tarrow 1998).

Una parte importante della critica si è incentrata sull'appropriazione delle risorse naturali, degli spazi pubblici, delle proprietà statali da parte del capitale, favorita dall'architettura e dalla *governance* macroeconomica globale che ha costantemente promosso un'estensione dei diritti proprietari alle sfere della conoscenza, della natura e della vita. In contrapposizione, i movimenti affermano la necessità di un nuovo ordine mondiale costruito su principi altri rispetto a concorrenza, profitto, sfruttamento a oltranza delle risorse naturali (Dardot e Laval 2015). Secondo Malighetti, questi soggetti “Connettono l'astratta sfera dei diritti alla sua fondazione socio-

economica e combinano il rifiuto della semplice fruizione di ordinamenti esistenti con la richiesta di partecipazione attiva alla loro ridefinizione.” (Malighetti 2012). Due aspetti sono qui importanti: da un lato la connessione tra sofferenze e problematiche locali con i più ampi piani sovranazionali di *governance* macroeconomica, e dall'altro la posizione produttiva dei movimenti in termini di costruzione di alternative.

In quest'ultima accezione, intendo qui fare riferimento al diffuso utilizzo – nei manifesti, nelle proposte e nelle pratiche dei movimenti che si oppongono alla globalizzazione neoliberista – del concetto di “*commons*”²⁷, in italiano tradotto spesso con “beni comuni”, inteso come resistenza ai processi di mercificazione e produzione di alternative alla gestione di mercato (tanto nel pubblico che nel privato). Seguiremo Dardot e Laval nel porre a critica l'utilizzo del termine “bene”, sia per l'intrinseco riferimento economico (bene come merce), sia perché definisce qualcosa di dato, esistente a prescindere dai processi della sua istituzione. Prenderemo dunque le distanze da una corrente naturalista che divide il mondo in beni commerciabili (le merci appunto) e beni comuni (aria, acqua, ambiente...), per attribuire il significato di “comune” (come sostantivo) al “principio politico a partire dal quale dobbiamo costruire *commons* e rapportarci a essi per preservarli, estenderli e farli vivere” (Dardot e Laval 2015).

In questo senso si parla di *commons* per designare ciò che una collettività rende comune attraverso una precisa prassi istituyente, evidenziando che solo le pratiche collettive possono decidere del carattere di comune o no di un dato bene. Gli autori definiscono l'agire che sta alla base del processo di istituzionalizzazione del comune con l'espressione di “*praxis* istituyente”, volendo con ciò identificare “una nuova relazione tra istituzioni, diritti, persone, che si traduce nella ridefinizione complessiva del rapporto tra mondo delle persone e mondo dei beni, non più necessariamente mediato dall'intervento pubblico o da quello del mercato” (Dardot e Laval 2015). Molto importante è l'accento posto sull'azione e sull'elemento processuale di creatività, che riprende la riflessione di Castoriadis sul rapporto tra azione politico-creatrice e istituzione sociale, dove la seconda è indicata come risultato della prima: non qualcosa di assoluto o necessario, ma contingente e legato alla capacità umana di creare in continuazione la politica. Per Castoriadis, ogni istituzione sociale è un'auto-istituzione, ha cioè un carattere autonomo, intendendo per autonomia la presa di coscienza da parte della società di essere essa stessa la fonte delle proprie norme. La storia è letta come spazio della creazione, costantemente aperto al cambiamento, argomentazione che contiene i presupposti ideali per ogni sforzo volto alla creazione di un progetto politico alternativo (Castoriadis 1995).

Tornando ai movimenti “del comune”, si tratta di una risposta diffusa e organizzata a uno degli aspetti più caratteristici e di impatto del neoliberismo, ovvero la progressiva riduzione dello spazio pubblico ad opera tanto delle strutture statali quanto degli oligopoli privati: cessione ai privati delle compagnie pubbliche, della produzione e distribuzione di acqua ed energia, dei sistemi di

27 Il termine, di origine inglese, fa riferimento ai campi aperti e ai terreni comuni dell'Inghilterra pre industriale, soggetti a un uso civico e collettivo.

comunicazione; privatizzazione più o meno estesa delle assicurazioni sociali, delle pensioni, dell'educazione e della sanità; introduzione dei meccanismi concorrenziali e dei criteri di profitto nell'insieme dei servizi pubblici. Tra le conseguenze abbiamo visto un aumento delle disuguaglianze, la crescita dei patrimoni delle persone più ricche, fenomeni di speculazione edilizia che hanno aumentato la segregazione urbana, la perdita del ruolo di mediazione di sindacati e partiti di sinistra, e una minore portata ed efficacia dei meccanismi di redistribuzione: in poche parole, una società che si è al tempo stesso polarizzata, frammentata e depoliticizzata (Dardot e Laval 2015).

Il paradigma del comune ha due aspetti, difensivo e offensivo, manifestandosi sia come movimento di difesa dall'invasione del mercato di “risorse comuni”, che devono rimanere a disposizione di una collettività o dell'umanità intera (acqua, aria, idee, relazioni sociali, educazione, salute, ecc.), sia come promozione di pratiche di “messa in comune” che possono svilupparsi sulla base delle risorse collettive esistenti. Questa nuova cultura politica afferma che la ricchezza non è generata solo da chi detiene o amministra il capitale, ma dalle collettività in cui le persone mettono in comune i propri saperi e le proprie competenze per crearla. L'esigenza di una nuova forma di produzione e gestione comunitaria e democratica delle risorse comuni, più responsabile, sostenibile ed equa, rappresenta un cambiamento nel modo di concepire fini e mezzi dell'azione politica: in un'epoca in cui molti governi hanno svenduto i patrimoni pubblici e stretto alleanze con le grandi multinazionali, la proprietà pubblica non è più vista come la soluzione necessaria e sufficiente ai problemi economici e sociali della popolazione (Dardot e Laval 2015).

Il comune nella ricerca-azione in Italia

Benché i concetti di “comune” e “messa in comune” non fossero tra gli assi di indagine definiti a priori all'interno del progetto, la scelta del gruppo di ricerca italiano di orientarsi in prima istanza verso realtà e movimenti che pongono a critica l'attuale sistema socioeconomico – chiamato in causa nella generazione e riproduzione delle disuguaglianze in salute – li ha fatti emergere con una certa rilevanza.

«Se la società individualista e materialista limita le persone nelle proprie scelte, nella propria espressività e nella propria capacità di sognare, essa genera al tempo stesso un'enorme tensione tra individuale e collettivo, tra senso di responsabilità e processo di autodeterminazione. Questo spinge le alternative immaginate dai movimenti verso i principi e le pratiche della partecipazione comunitaria, della condivisione e dell'autodeterminazione, a partire dalla cura delle relazioni e dal coraggio di collettivizzare sogni e aspirazioni.» (Grup-pa 2015)

In particolare negli ambiti della produzione alimentare e di quella artistica, entrambi indagati da sottogruppi di lavoro (Gruppole)²⁸, esistono infatti in Italia reti particolarmente sviluppate che hanno segnato l'avvio di pratiche innovative per produrre, mantenere e distribuire risorse comuni. Inoltre, anche grazie all'incontro con queste reti, nonché con realtà e gruppi impegnati nella tutela e promozione della salute mediante forme di autogestione, la Grup-pa ha elaborato una propria proposta di riflessione politica sotto il nome di “pratiche del comune in salute” (vedi pag. 112).

Sovranità territoriale e alimentare

Il termine sovranità alimentare viene introdotto per la prima volta nel 1996: durante lo svolgimento del *World Food Summit* sulla fame nel mondo, in cui le agenzie delle Nazioni Unite per il cibo e l'agricoltura (FAO) e per la salute (OMS) utilizzano il concetto di “sicurezza alimentare”, i movimenti sociali contadini propongono una prospettiva alternativa per affrontare la questione alimentare, articolata intorno al significato di sovranità. La sovranità alimentare rappresenta una strada sostenibile per raggiungere la sicurezza alimentare, che va percorsa nel segno dell'equità. Questo concetto va molto oltre all'accesso al cibo e include tutto il ciclo alimentare: dall'accesso alla terra, alla produzione agricola, alla distribuzione dei prodotti, al consumo. Non è una rivendicazione per l'autosufficienza, ma per l'autodeterminazione, per la sovranità sul sistema alimentare basata sulla partecipazione critica e consapevole, sul riconoscimento del lavoro contadino, sulle persone e sulla relazione viva con il territorio che abitiamo (Patel 2012; Martínez-Torres e Rosset 2010; Parisotto 2015). Secondo una dichiarazione del 2007 de *La Via Campesina*, movimento internazionale che riunisce milioni di contadini, agricoltori di piccole e medie dimensioni, persone senza terra, donne contadine, indigeni, migranti e lavoratori agricoli di tutto il mondo, “La sovranità alimentare dà priorità all'economia e ai mercati locali e nazionali, attribuendo il potere ai contadini, all'agricoltura familiare, alla pesca e all'allevamento tradizionali, e colloca produzione, distribuzione e consumo di alimenti sulla base di una sostenibilità ambientale, sociale ed economica. [...] Essa garantisce che i diritti di accesso e gestione delle nostre terre, dei nostri territori, della nostra acqua, delle nostre sementi, del nostro bestiame e della biodiversità, siano in mano a coloro che producono gli alimenti” («Declaration of Nyéléni» 2017).

Non è questa la sede per una dissertazione sui legami tra cibo e salute, basterà accennare – anche in riferimento a quanto sopra argomentato in merito ai processi del neoliberismo – che l'alimentazione esplicita in modo esemplificativo l'interconnessione tra i processi globali e la dimensione locale e quotidiana vissuta dalle persone (per un'efficace illustrazione di tali legami, si veda una recente inchiesta del *New York Times* sulle strategie di “penetrazione” della multinazionale Nestlé nelle *favelas* brasiliane, Jacobs e Richtel 2017). Numerosi studi evidenziano come la pandemia di malattie non trasmissibili, che rappresentano il principale carico di malattia a livello globale, è inequivocabilmente legata alla globalizzazione della produzione del cibo e del mercato alimentare,

²⁸ Rispettivamente “Sovranità territoriale e alimentare” e “Arte e cultura”.

e che al centro dei problemi di sovrappeso e obesità vi sono le strategie di *marketing* di cibi ultraprocesati che contengono elevati livelli di sale, zuccheri e grassi (Moodie et al. 2013; Buse, Tanaka, e Hawkes 2017). Ad oggi, a queste evidenze non corrispondono misure politiche in grado di farvi fronte, aspetto che viene criticamente affrontato dai movimenti per la salute che denunciano i conflitti d'interessi esistente tra i colossi multinazionali del cibo e le agenzie multilaterali e i governi.

Secondo Marianna Parisotto, che fa parte della Grup-pa e ha dedicato al tema la sua tesi di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, in Italia come in altre parti del mondo i movimenti per la sovranità alimentare rappresentano un momento di rottura con le forme di governo calate dall'alto. Allo stesso modo, la pratica dell'agricoltura contadina rende palese quanto non possa esistere sovranità alimentare in un territorio che è controllato dalle grandi imprese anziché dai suoi abitanti (Parisotto 2015).

L'esplorazione condotta dalla Grup-pa ha interessato soprattutto la rete nazionale di Genuino Clandestino, che comprende piccoli produttori, movimenti cittadini e contadini e singole persone impegnati per la sovranità alimentare e dei territori (Potito et al. 2015). La rete comincia a nascere quando, nel 2009, vengono emanati i regolamenti per i mercati a vendita diretta, e l'associazione bolognese “Campi Aperti”²⁹ inaugura un dibattito pubblico sul tema, che si allarga presto a livello nazionale in una campagna per il diritto dei contadini ad autoprodurre trasformati dalle proprie materie prime. In poco tempo la campagna coinvolge altre realtà di produttori e co-produttori³⁰, uniti nel dire che le normative vigenti – che impongono l'utilizzo di laboratori “a norma” come vincolo alla vendita dei prodotti – sono pensate per la grossa industria agroalimentare e schiacciano i piccoli produttori, ignorando elementi come il valore nutrizionale dei prodotti, le condizioni dei lavoratori, la presenza di sostanze nocive come pesticidi, diserbanti, antibiotici regolarmente concessi nella trasformazione alimentare industriale (Hunger For Trade 2013). Creando l'etichetta “Genuino Clandestino”, frutto di un processo di garanzia partecipata, i produttori si autodenunciano alla cittadinanza sul fatto che i trasformati non sono a norma e rivendicano la legittimità della propria pratica. L'apertura pubblica della questione e la trasparenza, visibili anche in una gestione partecipata dei prezzi come elemento del rapporto di solidarietà instaurato tra produttori e co-produttori, sono stati passaggi essenziali per dare continuità all'esperienza (Parisotto 2015).

29 L'esperienza di Campi Aperti inizia verso la fine degli anni Novanta dall'incontro tra un gruppo di contadini che fanno agricoltura biologica e un gruppo di cittadini, nel comune impegno di riportare il pensiero del movimento per un'altra globalizzazione sul piano delle azioni quotidiane. Comincia così la “Palestra di Autodifesa Alimentare” che nel 2001 porta alla nascita del primo mercato contadino di Bologna, negli spazi del centro sociale XM24. Oggi Campi Aperti organizza sei mercati a settimana, fa controinformazione, collabora con diverse altre realtà e crea spazi di incontro tra città e campagna per difendere la piccola agricoltura contadina e per costruire una relazione diretta tra chi produce e chi consuma. L'agricoltura biologica, la filiera corta, la territorialità, l'economia di relazione, la sostenibilità, la dignità del lavoro e la pratica assembleare sono alcuni dei principi dell'associazione, insieme alla garanzia partecipata che è la pratica centrale per sovvertire il meccanismo della delega e per ricucire il legame tra le persone e il territorio (Campi Aperti 2014).

30 Qui e oltre nel paragrafo questo termine è utilizzato in sostituzione della parola “consumatori”, a sottolineare che il rapporto che si instaura tra chi produce e chi acquista, in questi contesti, non connota un processo di consumo bensì di generazione di risorse e di relazioni, nonché di tutela del territorio (fisico e sociale) e dell'ambiente.

La costruzione di legami di solidarietà tra piccoli produttori e con i co-produttori rappresenta la nascita del movimento, che con la campagna TerrABC (“Terra Bene Comune”) allarga gli orizzonti ai movimenti urbani e si trasforma in movimento per la rivendicazione e riappropriazione dei territori, pur mantenendo centrali i temi dell'accesso alla terra, la pratica dell'agricoltura contadina e la promozione della relazione prossima e diretta tra produttore e co-produttore (Grup-pa 2015). La campagna nasce dalla consapevolezza che, sotto il pretesto della convergenza tra crisi finanziaria, alimentare, energetica e climatica, il processo di accaparramento di terre (*land grabbing*) da parte di multinazionali, governi, attori finanziari pubblici e privati ha subito una forte accelerazione. La campagna denuncia le ragioni per le quali la terra viene sottratta alle comunità locali, come l'agricoltura industriale, l'industria estrattiva, la costruzione di grandi opere (dalla viabilità agli impianti, dagli ipermercati alle basi militari) o progetti di speculazione edilizia. Questo priva le comunità locali “dei loro mezzi di sostentamento, oltre che della sovranità sui propri territori e quindi del diritto di gestire autonomamente le risorse da cui dipendono. Di conseguenza, le economie locali vengono compromesse, il tessuto socio-culturale e la stessa identità di un territorio sono messe a repentaglio: attraverso la cessione di una risorsa vitale alla speculazione l'interesse privato finisce con l'essere messo al di sopra del bene comune.” (Terra Bene Comune 2013). La campagna ha abbracciato le rivendicazioni dei movimenti che si oppongono alla devastazione dei territori e all'espropriazione, e ha dato l'occasione per creare sempre più spazi di incontro con i movimenti urbani. Nel 2013 Genuino Clandestino passa dall'essere la campagna per la libera trasformazione dei prodotti contadini a definirsi “movimento di comunità in lotta per l'autodeterminazione alimentare”, sottolineando il bisogno di intersecare le resistenze contadine con quelle cittadine per tenere insieme le lotte, rivendicando la propria pratica (sia essa nei campi o in città) come azione collettiva nella prospettiva di costruire comunità.

«...TerrABC è un progetto futuro; per molti è visto come un'evoluzione di quello che prima poteva ricoprire il mercato in sé come luogo progettuale e ora, invece, è vista come la possibilità di occupare terre pubbliche non solo a fini agricoli, ma proprio a fini di ricercare comunità, come luoghi privilegiati per riuscire ad entrare in contatto con i cittadini, non necessariamente delle grandi città, che tornano ad interessarsi del loro territorio perché c'è una terra vicina dove è possibile sviluppare dei progetti e quindi delle relazioni di sovranità alimentare che non passano solamente dai soldi.»
(Intervista Genuino Clandestino A, 16 febbraio 2015, Bologna)

Infine, in tempi recenti Genuino Clandestino sta sperimentando una logistica alternativa alla grande distribuzione organizzata, che suscita al tempo stesso interesse e perplessità: se da un lato costruisce un ponte tra i piccoli produttori genuini e clandestini del Sud (dove il ritorno alla terra è più praticabile) e le città del Nord (dove è più diffusa la sensibilità al consumo critico), la distribuzione autogestita rompe il vincolo territoriale e pone la difficoltà di praticare la garanzia partecipata, quindi di fondare la costruzione delle reti alternative sulle relazioni dirette (Parisotto 2015).

Tratteggiando il percorso che, in poco meno di un decennio, ha portato alla presenza sul territorio nazionale di decine di esperienze di produzione contadina, vendita diretta, garanzia partecipata, costruzione di comunità tra contesti agricoli e cittadini, riappropriazione di terre e spazi all'insegna del controllo diretto delle persone che li abitano, abbiamo dato una dimostrazione concreta di cosa significhi la costruzione di comune come co-attività auto-organizzata. Il rapporto con le istituzioni, dove presente, è per lo più segnato da conflittualità perché l'esistenza stessa di queste esperienze travalica le norme pensate per un tipo di produzione industriale e orientata alla grande distribuzione. Lo stesso tipo di produzione che, sebbene monitorata sotto il profilo della sicurezza alimentare soprattutto per i rischi di tossicità chimica o infettiva (benché non manchino i casi di clamorosi “buchi”, frutto anche di differenze normative tra Paesi: vedi il recente caso delle uova contaminate con l'insetticida fipronil, Wikipedia 2017), non lo è altrettanto sotto il profilo del danno alla salute legato agli alti contenuti di sale, zuccheri e acidi grassi trans, così come di altre nocive “esternalità” quali inquinamento di territori e fonti idriche, sfruttamento del lavoro, strategie di *marketing* rivolte a fasce protette come l'infanzia, espansione del mercato a ogni costo soprattutto in contesti a scarse risorse.

Arte e salute

Un secondo ambito di esplorazione della Grup-pa ha interessato il campo della produzione artistica e culturale. Se esso può apparire meno direttamente collegato alla salute rispetto al precedente, ciò è soprattutto frutto dello schiacciamento della visione di salute sulle dimensioni materiali e biomediche, in opposizione a quelle psico-sociali, soggettive e relazionali (salute come *benessere* psicologico, spirituale e sociale – oltre che fisico – nella definizione dell'OMS, WHO 1946). L'utilizzo del canto, della danza e delle arti visive ha accompagnato le pratiche di cura dagli albori della civiltà, anche se in quest'epoca dominata dalla razionalità (Morin 1993) (e figlia di processi coloniali lungi dall'essere terminati) questi approcci sono stati superficialmente etichettati come arcaici, legati alla superstizione e a credenze magiche da soppiantare al più presto con i principi scientifici della biomedicina. O, al massimo, da salvare come “complemento d'arredo” per “umanizzare” gli spazi della sofferenza. Riprendiamo Santos nel sostenere che apprendere alcune modalità di conoscenza può implicare il dimenticarne altre, e che l'ignoranza non è necessariamente il punto di partenza ma può essere anche il punto di arrivo (Santos 2011).

La connessione tra arte e salute non si estrinseca solo nel momento della cura (Stuckey e Nobel 2010), ma appare costitutiva dei rapporti tra il sé, gli altri e il mondo. Come strumento di comunicazione, connessione ed esplorazione esistenziale, nonché rivendicazione politica, l'arte viene utilizzata in moltissime esperienze di comunità, promozione di soggettività, *empowerment* e promozione della salute (Putland 2008; Cameron et al. 2013).

Senza entrare nel merito di un'analisi approfondita dei processi che, come in altri campi dell'esperienza umana, hanno portato anche in ambito artistico e culturale a una mercificazione

diffusa degli ambiti di produzione e distribuzione, si farà riferimento a quanto detto al principio di questo capitolo sulle dinamiche del neoliberismo. Così come in altri campi, dunque, anche in questo sorgono in contrapposizione movimenti di riappropriazione e costruzione di alternativa, di cui il nostro Paese è particolarmente ricco. L'esempio del Teatro Valle Occupato è esemplificativo di una serie di pratiche di riappropriazione e messa in comune, nel senso di “*praxis* istituyente” di qualcosa di inedito. Si tratta di un'esperienza, ora conclusa, di occupazione del teatro più antico di Roma, minacciato da un processo di privatizzazione e commercializzazione. Inizialmente (giugno 2011) doveva essere un'occupazione simbolica di tre giorni, finalizzata a denunciare la mala gestione della cultura in Italia e le questioni del (non) reddito dei lavoratori e delle lavoratrici dello spettacolo e del lavoro immateriale in generale. L'occupazione è durata invece tre anni e ha portato con sé un'ondata di occupazioni collettive analoghe in diverse città d'Italia, oggi in rete, insieme a sviluppi politici su vari filoni tra loro collegati: il tema del comune e dell'autogoverno, il lavoro immateriale, forme di retribuzione alternative, la formazione e l'offerta artistico-culturale e la loro accessibilità. Nell'esperienza del Teatro Valle Occupato, e delle altre realtà analoghe raggiunte con la ricerca-azione, l'arte è dunque strumento politico di rottura, capace di superare l'immobilismo istituzionale, creare relazioni e alimentare la socialità grazie alla spinta creativa dell'immaginazione, per una trasformazione del presente (Grup-pa 2015).

Per il discorso sul “comune”, la significatività politica dell'esperienza del Teatro Valle Occupato sta anche nell'aver dato vita a una specifica forma di istituzione, la fondazione Teatro Valle Bene Comune (Giardini, Mattei, e Spregelburd 2012). Benché tale esperienza non abbia avuto lo sviluppo desiderato, e si possa ritenere dormiente se non conclusa, si tratta di una sperimentazione estremamente interessante sul fronte della nuova istituzione (immaginaria) della società, e dei processi organizzativi (politico-relazionali) che l'hanno prodotta. A margine, si rileva che – a tre anni dalla fine dell'occupazione – il Teatro Valle è tuttora chiuso senza un progetto di riapertura.

In tempi più recenti, un esempio ancora più elaborato nel senso della costruzione di nuove istituzioni è rappresentato dall'ex Asilo Filangieri, un palazzo storico a Napoli che nel marzo 2012 è stato occupato da un collettivo di operatori e operatrici dello spettacolo e della cultura, in segno di protesta contro il restauro e nuovo abbandono dei locali. Oggi l'Asilo si definisce come un luogo aperto “dove si va consolidando una pratica di gestione condivisa e partecipata di uno spazio pubblico dedicato alla cultura, in analogia con gli usi civici: una diversa fruizione di un bene pubblico, non più basata sull'assegnazione ad un determinato soggetto privato, ma aperto a tutti quei soggetti che lavorano nel campo dell'arte, della cultura e dello spettacolo che, in maniera partecipata e trasparente, attraverso un'assemblea pubblica, condividono i progetti e coabitano gli spazi” (l'asilo 2015). La svolta innovativa nella storia di questa esperienza, radicata nella sua forma di autogoverno e nella proficua (e conflittuale) interazione con l'amministrazione comunale, è stata il recepimento formale da parte del Comune della dichiarazione d'uso civico e collettivo urbano elaborata direttamente dalle persone coinvolte nelle attività quotidiane dell'Asilo. Con questo atto, si sancisce formalmente la possibilità di sperimentare un nuovo modo di gestire lo spazio pubblico,

una nuova forma di democrazia diretta “frutto di una lotta volta alla costituzione di nuove istituzioni fondate sull’agire comune” (l’asilo 2016). La delibera comunale garantisce non solo poteri di accesso, ma soprattutto di autogoverno e auto-organizzazione, riconoscendo lo statuto e le norme che la “comunità” (aperta) dell’Asilo si è data e che sono in divenire. Si tratta di una nuova forma di riarticolazione della sovranità popolare, che “rende al pubblico una sua propria funzione essenziale, come soggetto meramente funzionale e non sovradeterminante i bisogni e i desideri di una comunità, come dispone l’art. 1 della Costituzione” (l’asilo 2016).

Salute e welfare

A differenza dei due ambiti sopra descritti, quello relativo a *welfare* e salute non ha avuto origine da uno specifico gruppo di lavoro (Gruppola), ma è stato oggetto di confronto, discussione e analisi nel primo degli incontri aperti che hanno segnato la seconda fase del progetto, dal titolo “Movimenti e *welfare*. Quali pratiche tra difesa dell’esistente e trasformazione?”³¹. Come riportato in precedenza, questi incontri sono stati costruiti a partire dagli elementi che, in base all’analisi collettiva delle interviste svolte nella prima fase, sono stati ritenuti interessanti e trasversali e/o meritevoli di ulteriore approfondimento. In questo caso si tratta di una sorta di linea di frattura, incontrata nei movimenti, tra l’azione di *advocacy* nei confronti delle istituzioni e la prospettiva autogestionaria. Nel primo caso, si tende a riporre maggiore fiducia nel ruolo che lo Stato e le istituzioni giocano nella tutela dei diritti, mentre nel secondo si esplorano strade nuove di autonomia e presa in carico diretta dei bisogni della comunità. Questa distinzione non va letta come una cesura, né tra gruppi né all’interno degli stessi, bensì come differenti posture e repertori di azione che spesso coesistono nelle medesime realtà. Tuttavia, particolarmente per quanto concerne l’ambito dell’accesso alle cure, si sono verificati episodi di divergenza e anche conflitto, come illustrato da questa testimonianza raccolta durante l’incontro sopra citato:

«Io voglio trovare le piazze piene che protestano per un servizio sanitario solidaristico e gratuito... non ci sto a pagare sia le ritenute fiscali, e poi in più l’ambulatorio autogestito... ah no eh, basta!» (Intervento durante l’incontro “Movimenti e welfare”, Bologna 1-3 aprile 2016)

La mobilitazione di fronte allo smantellamento e alla privatizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che lascia scoperte fasce sempre più grandi di popolazione da cure efficaci, accettabili, tempestive e accessibili, è infatti diversificata e in parte divergente.

Da un lato chi è storicamente schierato a difesa del SSN, sempre più in balia degli interessi predatori dei grandi gruppi finanziari e assicurativi, forti di strette connivenze tanto con il piano politico che con i *think tank* che forgiavano, sotto le mentite spoglie della consulenza tecnica, i piani operativi ad alto contenuto ideologico delle nostre Aziende (sic!) Sanitarie. Si tratta per lo più di

31 L’incontro si è svolto a Bologna dall’1 al 3 aprile 2016 (Grup-pa 2015).

movimenti storicamente radicati (Medicina Democratica in prima fila), in molti casi animati da persone che hanno lavorato o lavorano nelle istituzioni, che utilizzano un repertorio politico ispirato alle forme tradizionali (assemblea, organi di rappresentanza) ma faticano a incontrare territori (e volti) nuovi per la loro azione. La saldatura con il movimento dei lavoratori, che ne ha fatto grande la storia, è erosa dalla destrutturazione tanto del mondo del lavoro (salariato) quanto delle sue rappresentanze. Il dialogo con (parti del) sindacato e partiti politici si è ridotto a relazioni spesso personali con singole individualità “dissidenti” all'interno delle rispettive formazioni organizzate. Nonostante reiterati periodici tentativi di ricompattare “a sinistra” (ultimo in ordine di tempo Forum Salute Italia, originatosi in seno alla formazione Sinistra Italiana e poi sganciatosi come piattaforma indipendente), in assenza di una base sufficientemente ampia e di leva politica il movimento rischia di ridursi a prese di posizione che difficilmente si traducono in cambiamento.

Un'altra parte del movimento³² è l'arcipelago di gruppi, spesso ma non sempre collegati a realtà di centri sociali e collettivi politici, che ha istituito ambulatori autogestiti ed esperienze variegata di sportelli di salute e forme di cura comunitaria, in alcuni casi inizialmente per far fronte ai bisogni della popolazione “sommersa” dei *sans-papier* (persone immigrate non in regola con il permesso di soggiorno), e in tutti i casi finiti per accogliere una massa/messe di persone rigettate, rallentate o dismesse dal servizio pubblico (tra cui spesso le stesse persone che danno vita all'esperienza). La rappresentazione di queste realtà nel dibattito pubblico è estremamente limitata, e il regime di critica in genere superficiale (tendenzialmente aggressivo-denigratorio tanto da “destra” – con evocazioni di sovversione, eversione o tutt'al più insignificanza – quanto da “sinistra” – forme di sussidiarietà che aiutano il sistema depotenziando la conflittualità sociale). Tuttavia, la visione articolata tramite la ricerca-azione e approfondita nell'incontro pubblico ha restituito ben altra complessità al quadro del presente. Come riportato in un volume della rivista Zapruder utilizzato e discusso nell'incontro, “il *welfare* dal basso si colloca in specifiche articolazioni di fattori storici: riflette l'affermarsi di culture e pratiche dei movimenti sociali; anticipa, attraversa e/o subisce l'evoluzione istituzionale, sia politica sia amministrativa; si insinua tra le maglie del cambiamento economico per pretendere il godimento di nuovi beni sociali – nei contenuti, nel senso e nel modo – competendo anche direttamente con il mercato.” (De Sario e Lenzi 2015).

Senza voler ricadere in categorie che poco riflettono la complessa eterogeneità dei mondi in/di movimento, è da rimarcare anche una certa differenza generazionale tra le due posizioni descritte, che già era emersa in un precedente incontro pubblico (dal titolo “Salute e movimenti. 1978-2015”) organizzato nella prima fase di progetto e dedicato a esplorare – attraverso le memorie dei protagonisti – gli elementi essenziali del movimento di “medicina critica” (Bonanno, Cennamo, e Torchiario 2015). Questo movimento infatti, insieme alle più ampie mobilitazioni degli anni

32 In coerenza con il mandato della ricerca-azione di stare sul piano della “lotta per la salute”, sono stati esplorati e coinvolti in prima istanza ambiti “di movimento”, ovvero realtà che articolano un piano politico (strutturale) della propria azione critica. Indubbiamente, questo ha prodotto l'esclusione (non attiva né diretta, ma verosimilmente generata da linguaggi, canali comunicativi, modalità e luoghi adottati) di molti soggetti impegnati nella rivendicazione del diritto all'accesso alle cure, da gruppi di pazienti a comitati contro la chiusura di presidi ospedalieri.

Sessanta-Settanta, ha portato nel nostro Paese a importanti avanzamenti quali la legge 194 sull'interruzione volontaria di gravidanza, la legge 180 o "legge Basaglia" sulla deistituzionalizzazione psichiatrica, e la legge 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, poco o nulla del portato profondamente trasformatore di quella visione di salute e medicina è stato trasmesso, per via accademica e/o di pratiche professionali, alle nuove generazioni, come argomentato nella prima esplorazione (pag. 51 e seguenti) e in precedenti lavori (Bodini 2013).

L'intento dell'incontro pubblico "Salute e movimenti. 1978-2015" era quello di "stimolare una riflessione/discussione sul rapporto tra le forme di *welfare* istituzionale (servizi) e le esperienze di auto-organizzazione nel campo della salute, a partire da una ricostruzione/rilettura storica della medicina critica in Italia", in base alle seguenti considerazioni:

«1. Molte delle questioni politiche e dei contenuti critici che oggi vengono rivendicati da esperienze di auto-organizzazione erano "già" presenti nei movimenti di medicina critica e antipsichiatria degli anni Settanta. Tali questioni si sono poi istituzionalizzate, ossia sono state inserite nel sistema di welfare istituzionale attraverso delle leggi (es. 833, 180, 194...), svuotandosi nel tempo del loro potenziale rivendicativo e trasformativo.

2. Le esperienze di auto-organizzazione in salute (es. consultorie, ambulatori, gruppi e collettivi antipsichiatrici, movimenti per la salute...) si collocano spesso fuori dal sistema di welfare, o comunque faticano a trovare punti di contatto/scambio con le pratiche dei servizi, spesso fondate su strutture gerarchiche e logiche economiche.

3. Tra i movimenti che hanno animato gli anni Settanta e le esperienze di auto-organizzazione che incontriamo oggi sembrano esserci molti punti di continuità in termini politici (di pratica) e teorici (di contenuti), che ci sembra che valga la pena far ri-emergere attraverso il confronto "diretto" di personaggi storici con esperienze attuali.» (Estratto dal documento di convocazione all'incontro "Salute e movimenti. 1978-2015", Bologna 18-19 aprile 2015)

Il confronto diretto sulle forme di mobilitazione per la difesa della salute ha messo in luce alcuni aspetti. Il primo, iscritto nelle biografie delle persone partecipanti, è la differenza di posizione sociale e materiale, che vede una notevole riduzione di soggetti stabiliti in posizioni professionali e dirigenziali nelle istituzioni (scarso ricambio generazionale, tagli alla spesa, modifica dei contratti nel segno della precarizzazione, ecc.). Le nuove generazioni "in lotta" non sono professionalmente situate dentro le istituzioni, e spesso faticano a cercare inserimento lavorativo e sopravvivenza materiale in modi comunque non o difficilmente conciliabili con l'impegno politico. Vivere l'istituzione come soggetto partecipe, parte attiva di un cambiamento in atto e possibile, è un tratto in scomparsa nelle esperienze di chi difficilmente vede riconosciuta la propria professionalità e ancora meno un proprio spazio di rivendicazione e azione politica (tanto che si produce una sorta di

allontanamento volontario dalle istituzioni da parte delle persone politicamente impegnate). Nell'annoso dibattito tra il cambiamento “da dentro” e “da fuori”, sembra che il primo sia sempre più difficilmente percorribile.

A questo hanno contribuito anche le trasformazioni in senso neoliberale delle istituzioni, descritte all'inizio del capitolo, che rendono il lavoro nei servizi sempre più funzionale a logiche produttive di stampo imprenditoriale. Il blocco del *turnover*, che ha portato in tempi recenti a un'età media per il personale del SSN di oltre cinquant'anni (con previsione che superi i cinquantaquattro nel 2020, *QuotidianoSanità* 2017), non ha facilitato un ricambio generazionale con l'esito di aumentare il divario percepito tra logica e funzionamento del servizio, da un lato, e bisogni di salute nuovi ed emergenti, dall'altro.

Un altro aspetto importante, emerso nell'incontro dedicato a movimenti e *welfare* nella seconda fase di progetto, è rappresentato da diverse visioni su come contrastare i processi di mercificazione e privatizzazione nel campo della salute, e promuovere un cambiamento nel senso della giustizia sociale. Se l'impegno politico tradizionale passava per strutture organizzate e visioni “di sistema”, lo scenario contemporaneo è caratterizzato dalla presenza di molteplici micro-pratiche in cui la sperimentazione è portata avanti in prima persona e nello sforzo di tenere insieme metodo e contenuto. Questa maggiore interezza è vista come un tratto distintivo e irrinunciabile delle lotte di oggi per la salute.

«...nei nostri discorsi non ci siamo noi... Tra noi e i 'normali' c'è un divario, i nostri discorsi risultano respingenti; il militante si percepisce come corpo separato... È un confine da riaprire ripartendo da sé, perché... Come può occuparsi di salute un corpo astratto? Stare in questa separatezza è un errore politico» (Intervento durante l'incontro “Movimenti e welfare”, Bologna 1-3 aprile 2016)

Per la stessa forma di attenzione al rapporto tra contenuto e metodo, aspetto pratico e visione politica, l'intento dell'incontro pubblico era quello di lavorare sugli assi di “frattura” evidenziati attraverso modalità di confronto che favorissero lo scambio e la partecipazione. Per creare quelli che Curcio chiama “contesti intermedi”, luoghi (pratiche) in cui i soggetti si possano confrontare con e attraverso le condizioni strutturali che sono alla base dei posizionamenti e condizionamenti vissuti, per facilitare un mutuo riconoscimento e non la reificazione di piani ideologici contrapposti. È innegabile, infatti, che lo scenario politico e di movimento attuale sia attraversato da una grande frammentazione tra le diverse esperienze e realtà, aggravata dal progressivo dissolversi delle strutture intermedie (partito, sindacato) e non ancora adeguatamente affrontata nonostante i moltissimi sforzi di fare rete dal basso.

Un estratto del rapporto annuale del Centro di Salute Internazionale (CSI), benché precedente l'inizio della ricerca-azione, illustra in modo efficace il senso di un approccio volto alla ricomposizione dei diversi piani, promosso necessariamente da fuori l'istituzione laddove il “pubblico” non è più realmente tale:

«Salute, in questo senso, significa principalmente riappropriazione politica di uno spazio simbolico e materiale attualmente dominato dal sapere biomedico, tecnico e 'neutrale', attraverso la co-costruzione di processi che rendano ai soggetti la titolarità della definizione dei propri bisogni e delle strategie di cura.

A fronte di un servizio 'pubblico' svuotato della sua funzione coesiva e redistributiva e colonizzato da logiche gestionali privatistiche orientate al mercato, riteniamo necessario riflettere su una pratica di 'collettivo' non solo come fatto economico e/o produzione di beni materiali da distribuire, ma anzitutto come articolazione di rapporti sociali, circolazione di conoscenze, superamento delle divisioni tra utente-operatore, università-servizi-comunità, istituzioni-cittadini.

All'interno di questo processo di trasformazione sociale, la necessità di ripensare in senso collettivo la costruzione dei servizi non si pone in contraddizione con la difesa di quel che resta del welfare: la sfida è piuttosto quella di trascendere la riproduzione della dualità servizi-comunità, attraverso la costruzione e il rafforzamento di reti che – dentro e fuori le istituzioni – sostengano il confronto e lo scambio di pratiche ed esperienze, nella specificità dei singoli contesti di azione.» (Rapporto annuale CSI, 2013)

Passando dalle dichiarazioni di intenti, come nel caso del rapporto, alla dimensione pratica della sperimentazione, con la ricerca-azione, si è costretti a confrontarsi con i limiti dei processi collettivi auto-organizzati. Che sono limiti di tempo (si tratta di processi a maturazione lenta, laddove la maggior parte delle persone protagoniste si trova sempre più schiacciata in tempi di vita ristretti, anche per sostenere esistenze precarie su più piani), di storiche frammentazioni (costruite e incorporate in reti sociali, prassi e linguaggi), e anche di una certa mancanza di immaginario (nelle parole di Fredric Jameson, "è più facile immaginarci la fine del mondo che la fine dell'attuale sistema economico"). Ciò nonostante, l'incoraggiamento a proseguire su una strada indubbiamente difficile viene dal notevole apprezzamento per l'utilizzo di pratiche volte a creare un contesto favorevole alla ri/costruzione di collettivo:

«Nuove modalità di partecipazione in grandi numeri, metodologie, lavoro con il corpo, comunicazione non verbale; eterogeneità, intergenerazionalità, ricchezza e molteplicità; diversi sguardi sul welfare, conoscenza diretta di elementi concreti di welfare dal basso» (Estratto dalla valutazione dell'incontro "Movimenti e welfare", Bologna 1-3 aprile 2016)

Le parole del comune in salute

Rispetto agli altri campi descritti (produzione alimentare e culturale), l'ambito della salute risente indubbiamente di una maggiore dipendenza dalle istituzioni e dalla tecnica, nonché della forte egemonia del sapere esperto. Per affrontare questo aspetto, seguendo gli sviluppi della ricerca-azione, la Grup-pa ha elaborato una proposta per ripensare collettivamente le pratiche e le parole della salute, nella direzione del comune.

Nella seconda fase della ricerca-azione in Italia, l'elaborazione collettiva dei contenuti raccolti durante la prima fase di interviste è stata ulteriormente arricchita delle suggestioni elaborate negli incontri pubblici. Ne è scaturita una formulazione originale, tutt'ora in elaborazione, che va sotto il nome di “pratiche/parole del comune in salute”. La proposta è stata presentata per la prima volta nel terzo incontro pubblico della seconda fase di progetto, svoltosi a Roma nel giugno 2017. Si tratta di un cantiere di lavoro aperto, la cui finalità è provare a tracciare una cornice teorica delle esperienze che lavorano sul tema della salute con un approccio da un lato non (bio)riduzionista, e dall'altro fortemente collegato alle dinamiche di potere e ai percorsi di lotta.

«La questione non è se possa esistere una pratica del comune in salute, ma partendo da delle pratiche che sono frammentate ed eterogenee (spesso non in rete), qual è il valore aggiunto di chiamarle del comune (e non autogestione): questo potrebbe essere uno degli scenari da sviscerare ed è una cosa a cui rispondere, non è detto che alla fine di tutto uno si deve per forza ritrovare in questo orizzonte. Significa dire: abbiamo voglia di provare a risignificare questa cosa in un quadro più ampio...» (Grup-pa, documento di lavoro 2017)

La formulazione del concetto di “comune”, così come proposta da Dardot e Laval ed esposta nei paragrafi precedenti (Dardot e Laval 2015), ha fornito uno stimolo per iniziare un'elaborazione intorno ad alcune parole chiave. La riporto di seguito nella forma in cui è stata presentata e discussa pubblicamente – ogni parola accompagnata da citazioni e domande esplorative – consapevole che si tratta di un lavoro in corso di definizione e che vedrà la luce in forma più organica nei prossimi mesi.

Tecnica

| tecnologie, infrastrutture, sistema organizzativo, neutralità, sapere scientifico |

«Prendi l'individuo, gli togli il contesto, gli togli la famiglia, gli togli le relazioni, il lavoro e tutto quello lì, arriva il corpo e quindi inevitabilmente quando c'è da vedere come sta lo stomaco per forza ti serve l'ecografia, però siamo arrivati lì attraverso tutti degli step in cui percepiamo l'individuo così no? Come corpo, sostanzialmente.»

«Io sono molto d'accordo con una critica integrale, che non conserva il piano tecnico ma anzi parte proprio da una decostruzione del piano tecnico. Dopo di che ovvio che se io sto male vado dalla ginecologa...»

Tecnologie, infrastrutture, sistema organizzativo fanno parte delle tecniche che vengono usate nei sistemi sanitari. Questi apparati tecnici sono parte integrante del sistema di cura, non solo in senso strumentale (sono i mezzi di cui ci si serve per organizzare ed erogare la cura), ma anche in senso costitutivo (costruiscono gli immaginari e le possibilità di salute, malattia e cura). In questo senso, diciamo che la tecnica non è neutra, perché entra nei modi di organizzazione, rappresentazione e produzione del reale.

Nella narrazione dominante, un miglioramento delle condizioni di salute viene spesso identificato con più ospedali di eccellenza, biotecnologie sempre più sofisticate, ricerca farmacologica avanzata. Tuttavia questo livello di alta specializzazione è anche problematico, per esempio:

- si accompagna a una scarsa attenzione (o disconoscimento) verso altri tipi di approcci alla salute, a partire dalla promozione e prevenzione;
- anche a causa degli importanti conflitti di interesse, non sempre si accompagna a reali benefici per la salute delle persone;
- non risulta oggi accessibile a buona parte della popolazione mondiale (con disuguaglianze sia tra che all'interno dei Paesi).

Per le pratiche di salute “dal basso”, la questione della tecnica pone almeno tre ordini di problematiche: 1) se e come avvalersi del sapere tecnico-scientifico, che per la sua posizione dominante tende a delegittimare altri saperi e approcci; 2) come discernere le tecniche utili da quelle nocive, come darsi strumenti collettivi di scelta e controllo delle priorità 3) se è possibile gestire in forma di autogoverno un impianto tecnologico costoso e ad alto livello di specializzazione, che richiede enormi risorse nella fase tanto di produzione che di gestione.

Se, infatti, negli spazi autogestiti è possibile redistribuire, riutilizzare e rimescolare i saperi e le relazioni in modo (più) democratico, sembra difficile immaginarsi una riappropriazione degli apparati tecnici (tanto della loro produzione che della loro gestione), che restano attualmente esclusivo appannaggio dell'istituzione.

Domande:

- *È possibile “riappropriarsi” (in senso diretto – autogestione – e simbolico – emancipazione, scelta, controllo) della tecnica, e come? Ci sono esperienze in questo senso?*
- *È possibile/desiderabile rinunciare alla tecnica? A quale prezzo?*

Efficacia

| biopolitica, tecnica, efficienza, aziendalizzazione, significato, risolutività |

Ci siamo posti è il problema di quali siano i “confini” entro cui l’approccio biomedico è “necessario”. L’utilizzo del termine efficacia è sempre più diffuso in ambito biomedico e spesso accompagnato da “efficienza” e altri criteri connessi (appropriatezza, economicità...), in linea con un’impostazione aziendalista ed ottimizzatrice oggi applicata anche all’ambito sanitario. Cercando la definizione di efficacia da dizionario, troviamo: “capacità di produrre l’effetto e i risultati voluti o sperati”.

Vediamo quindi come questa capacità sia oggi definita per lo più in termini statistici, attraverso la costruzione di presunti criteri oggettivi che delimitano meccanicamente il confine di sano/malato, efficace/inefficace, necessario/sacrificabile e via dicendo, con la conseguenza di riprodurre binarismi irrealistici da un lato e costruttori di esclusione, discriminazione e controllo dei corpi dall’altro. Potremmo provare a chiamare efficacia tecnica questa opzione di significato.

Se l’approccio con cui la biomedicina analizza se stessa è quello dell’efficacia/efficienza/ottimizzazione, vorremmo provare a decostruire e deviare (*détournement*) il senso di efficacia verso altri significati. Assumendo che l’intento degli spazi del comune in salute non sia quello di sostituirsi al sistema sanitario istituzionale, ci interessa però capire come rompere questa logica: il confronto tra i nostri spazi e la sanità non può certo essere (e non vogliamo che sia) posto in termini di efficacia così come intesa sopra. Se l’approccio biomedico sembra ignorare le dimensioni che concorrono alla definizione di efficacia oltre lo specifico intervento terapeutico, mettere a critica quest’idea di efficacia ci permette di allargare lo sguardo a queste altre dimensioni.

Chi fa, chi costruisce il significato nell’ambito della propria esperienza di malattia o dei percorsi di cura? Questa costruzione di significato come interagisce con la dimensione dell’efficacia e come la cambia? Alcuni autori (I. Quaranta, M. Ricca) introducono il concetto di “diritto del paziente al significato” rispetto alle sue condizioni di salute e malattia, proprio ad indicare l’impossibilità di raggiungere “un’efficacia terapeutica” escludendo dal percorso di cura le dimensioni simboliche, culturali e percettive della persona coinvolta, introducendo così un primo spostamento di senso e parlando dunque di efficacia simbolica.

Un altro concetto che va in questa direzione, per intendere un intervento che risolve/esaurisce il bisogno che lo ha generato è quello di “risolutività”. In questo caso l’attenzione di chi lo attua è orientata ad individuare le cause originarie del problema per “esaurirle” senza limitarsi ad un intervento sul livello più immediato di “prestazione medica” (es. alloggio adeguato per riattivazione di tubercolosi in persona senza fissa dimora).

Immaginando dunque i nostri percorsi non solo, o non tanto, come risposta a bisogni, ma come spazi politici in cui avviare e rafforzare percorsi di soggettivazione “indipendenti” da immediate

necessità, come approcciamo la dimensione dell'efficacia e come possiamo darci conto della potenza che i percorsi che stiamo attivando possano avere?

La proposta di discussione è dunque relativa anche ad un ulteriore spostamento di senso, all'ipotesi di un'efficacia biopolitica che ci permetta di capire quando i processi di autogestione in salute siano ad esempio in grado di attivare percorsi di soggettivazione, ma anche quando si presentino come alternative strutturali/ate al modello sanitario che conosciamo (ed eventualmente di quali altri elementi abbiano bisogno). Sostenere che gli spazi che apriamo siano principalmente spazi (bio)politici implica anche che “la capacità di produrre l'effetto e i risultati voluti o sperati” vada approcciata da un punto di vista che si relaziona con tutti questi significati ampliati di efficacia. Vorremmo risignificare il senso di efficacia, per sovvertirlo e per capire cosa è efficace per la nostra salute e nel mondo che vogliamo.

Domande:

- *Cosa vuol dire costruire uno spazio di salute del comune efficace?*
- *Come si ragiona di efficacia senza annullare le differenze?*

Sostenibilità

| (domanda di) servizio, apertura, trasformazione, sussidiarietà, senso politico |

«Fino a che punto le attività di cura e assistenza sono sostenibili nelle pratiche del comune?»

«Quali tipi di lotte sono sostenibili? Quindi è sostenibile una azione sulle istituzioni? Sia perché ci interessa, sia perché ne abbiamo le forze? Sia perché non occupiamo posti decisamente alti nella gerarchia delle istituzioni?»

È un termine molto usato nel dibattito odierno sul servizio sanitario nazionale (SSN), in un'accezione che fa scomparire ogni dimensione al di fuori di quella economica, e prende in considerazione la sola variabile della spesa sanitaria (benché si parli di “sostenibilità del sistema”...). In questa accezione è il pretesto che viene utilizzato per lo smantellamento progressivo del SSN (“non è sostenibile”).

È anche il tema di questa residenziale, nella sua declinazione tanto materiale quanto umana: come mantenere nel tempo la tensione al cambiamento, e la sua messa in pratica?

Spesso le esperienze di pratiche di salute “dal basso” (vedi per esempio ambulatori autogestiti), sebbene non abbiamo come obiettivo quello di sostituirsi al servizio sanitario, ricevono richieste in questo senso dalle comunità di riferimento. Ciò ha un impatto notevole sulla sostenibilità delle esperienze, sia in termini materiali (come gestire la situazione se la richiesta ti “schiaccia”?), sia in

termini politici (la gestione della contingenza e la richiesta di “servizio” mettono in secondo piano la riflessione e l’azione collettiva). D’altra parte, per queste ed altre esperienze, si pone la questione sul se e come uscire da un terreno delle micropolitiche facendosi istituzioni aperte che conservino il senso politico per il quale sono state pensate (vedi “Istituzioni”).

Nel campo delle pratiche del comune in salute, vogliamo intendere il termine come guida a una riflessione sulle strategie da mettere in campo, perché le nostre azioni collettive possano non solo rispondere a istanze immediate, ma immaginarsi (in) un percorso di lotta e trasformazione.

Domande:

- *Come l’apertura di un’esperienza ai bisogni di un territorio può coniugarsi con la sostenibilità di una pratica del comune in salute, in termini sia materiali che politici?*
- *In che direzione vogliamo/possiamo andare, insieme, nell’ambito delle esperienze del comune in salute?*

Cura

| prendersi cura, saperi, sapere tecnico/esperto, sapere-potere, spazi di cura |

«Nel momento in cui noi stiamo ragionando su un modello di cura che si basa su un modello politico che noi stiamo mettendo in discussione, non possiamo non mettere in discussione anche questo sistema di cura.»

Le esperienze di gestione collettiva e condivisa della salute sono spesso coinvolte nel proporre nuovi modelli della cura che si distanziano da quelli dominanti.

La messa al centro della persona, non solo come portatrice di patologia ridotta ai suoi sintomi, consente infatti di rimettere in discussione l’asimmetria tra chi “cura” e chi “è curat*” che inevitabilmente si crea all’interno delle istituzioni sanitarie, con tutte le conseguenze che questa relazione di potere porta con sé (infantilizzazione, riduzione a numero, violenza istituzionale...).

Risulta quindi di particolare importanza lo sforzo messo in atto da alcune esperienze di autogestione in salute, in cui si tenta di superare il divario tra la figura esperta (del sapere tecnico) e quella che non lo è. Certo è che spesso il modello dominante continua ad agire anche sulle esperienze che vorrebbero liberarsene.

È anche in ragione di questo che ha molto senso insistere su un’ulteriore novità che alcune esperienze del comune in salute portano al modello di cura. Nel caso, per esempio, delle consultorie transfemministe *queer*, a un approccio individuale viene sostituito un modello basato su una collettività che si prende cura. Una collettività non neutrale, ma fondata sulla condivisione di orizzonti politici. In quest’ottica, di fondamentale importanza è anche il discorso sugli spazi in cui la cura si esercita. Se le norme sociali, naturalizzate, stanno spesso all’origine del malessere che le

persone vivono, il luogo della cura non può che essere un luogo di liberazione collettiva, uno spazio *safe* co-costruito dalle persone che lo abitano.

Domande:

- *Chi “cura”?*
- *È possibile ripensare i modelli di cura senza ripensare radicalmente le istituzioni della cura?*
- *Quali sono i limiti che ci impediscono di sovvertire le relazioni di potere all’interno della relazione di cura?*

Salute | Malattia

| ruolo del medico, determinanti/determinazione sociale, corpo, (malattia come) resistenza |

«Quando noi parliamo di salute non parliamo di sanità, parliamo del sistema economico, del sistema politico, del sistema educativo, del sistema ambientale... di tutto.»

«La risposta alla malattia è l’ospedale, è la cura biomedica, è il percorso diagnostico-terapeutico individualizzato, che individua la malattia in un organo e affronta quello [...]. Se tu apri lo spazio del riconoscimento della malattia sociale e della sofferenza come portato sociale, tu chiami in causa nella tua accoglienza del disagio e della malattia tutta una serie di fattori che sono lontano dall’organo, no?»

Nell’esperienza della Grup-pa, siamo partit* dalla critica al sapere/potere medico – presentato come “scientifico” e come tale neutrale/oggettivo – come ciò che definisce salute e malattia.

Nella nostra visione il rapporto tra salute e malattia è principalmente un campo in cui si giocano importanti rapporti di forza, crocevia di numerose battaglie politiche e culturali, specialmente in un panorama di crescente mercificazione della salute.

Correlare salute e malattia alle circostanze (sociali, politiche, culturali, economiche, ambientali) in cui le persone nascono e vivono aiuta a vedere che esse si distribuiscono nella popolazione non in modo casuale ma come risultato di una diseguale distribuzione delle risorse.

Intrecciando tale visione a quella antropologica (paradigma dell’incorporazione) ci riferiamo a una prospettiva che “supera” la scissione mente-corpo, cessando di considerare quest’ultimo come mero substrato biologico sul quale agiscono in maniera deterministica diversi fattori.

La malattia/sofferenza è qualcosa che si esperisce e che “si fa” con il corpo. Non un mero accidente naturale e biologico, bensì esperienza vissuta in cui si iscrivono e si riproducono le istanze sociali, culturali e politiche della collettività in cui si è inseriti, anche attraverso il proprio essere biologici.

In questo senso anche la malattia è considerata una forma di azione, di resistenza all'ordine costituito, una forma legittimata per esprimere il proprio disagio.

Domande:

- *Quali spazi di azione politica apre una visione ampia della salute-malattia?*
- *Tale visione che ripercussioni determina sulle pratiche messe in campo dalle esperienze di riappropriazione, autogestione e autodeterminazione in salute?*

Bisogni | Desideri

| relazioni, assistenzialismo, autodeterminazione, spazi, necessità, immaginari |

«Non vogliamo, infatti, che le nostre reti rispondano a una logica di emergenza o di sussidiarietà, ovvero che si limitino a “tappare i buchi” del welfare statale consentendogli di tirare a campare grazie al nostro lavoro gratuito: al contrario, vogliamo orientare il nostro agire politico verso la costruzione di relazioni mutualistiche nella lotta e nella resistenza, per reinventare e continuare a costruire insieme nuove “istituzioni”.»

Nelle discussioni che facciamo, ci imbattiamo spesso in questa tensione tra bisogno e desiderio e pensiamo sia utile soffermarci non tanto ad individuare le rispettive definizioni o significati, ma – provando a tenere insieme le due cose – capire come ci muoviamo entro questo campo di forze che ci stimolano e ci vincolano allo stesso tempo. Per provare a sbrogliare questa matassa, forziamo una polarizzazione dei due concetti, consapevoli che nella realtà ciascuno di noi si muove nello spazio di mezzo tra i due.

In questa fase di smantellamento del *welfare*, sia in termini di servizi che di possibilità di accesso, cosa significa rispondere ai bisogni? Come farlo uscendo da logiche puramente assistenzialistiche? E ancora, cosa accomuna le nostre esperienze in relazione al binomio bisogni/desideri?

È importante riconoscere, ad esempio, come, seppur con rare eccezioni, l'istituzione sanitaria non si occupi di far emergere eventuali bisogni. Al contrario, quello che noi costruiamo e da cui articoliamo questa discussione concentra la propria attenzione proprio sull'emersione di quei bisogni che non trovano risposta, a causa delle difficoltà d'accesso legate alle politiche economico-sanitarie o perché proprio non riconosciuti se non addirittura negati da diverse forme di discriminazione.

Riprendendo la genealogia dei consultori femministi degli anni Settanta, dobbiamo riconoscere come il valore di quelle esperienze non risieda “solo” nella capacità di intercettare bisogni sociali, ma anche nell'apertura di spazi politici di autodeterminazione entro cui, oltre a trovare risposte a necessità più o meno urgenti, si dava la possibilità di costruire consapevolezza e

autodeterminazione. Questo richiamo ci serve per aprire la seconda parte di questo binomio e cioè quella del desiderio (personale e collettivo). È infatti questo quello che spesso emerge nelle nostre discussioni, che appunto rompe con l'ottica di bisogno → servizio per costruire spazi desideranti che partono dalla materialità delle nostre vite per costruire collettivamente una nuova concezione di benessere e di salute. Partire da noi, dalla riappropriazione di saperi sui nostri corpi e di consapevolezza rispetto ai nostri desideri, significa anche scardinare il dualismo tra chi eroga e chi usufruisce di un servizio.

Proprio la molteplicità/moltitudine dei desideri che ci attraversano apre la possibilità di costruire nuove pratiche e spazi capaci di soppiantare l'attuale impostazione delle istituzioni sanitarie.

Domande:

- *Come interagiscono bisogni e desideri nella costruzione di pratiche del comune in salute?*
- *Cosa vuol dire dare spazio ai nostri desideri entro le pratiche del comune in salute?*

Istituzione

| istituito, istituyente, immaginario, trasformazioni, autogoverno, saperi, collettività, processi/percorsi, sussunzione |

«Il momento istituyente testimonia di una capacità umana specifica, che consiste nel saper creare dal nulla una significazione interamente originale. Qui la rappresentazione non è intesa come “l'immagine di”, ma come forma assolutamente inedita, che rivela quello che Castoriadis chiama “immaginario”. Nozione che è introdotta nella sua opera attraverso il concetto di “significato immaginario sociale”, in polemica con le concezioni funzionaliste che riducono ogni istituzione sociale a una funzione di mera soddisfazione dei bisogni umani. In questo senso dunque, “la società è opera dell'immaginario istituyente”.»

«Contro la riduzione sociologica dell'istituzione all'istituito, occorre dunque far valere la priorità dell'istituyente sull'istituito: il secondo non è che un risultato dell'esercizio del “potere istituyente” come potere di creazione.»

L'istituzione come forma sociale stabilita (l'istituito) o come forma sociale che si organizza (l'istituyente). Nella prima accezione le istituzioni costituiscono un ordine superiore agli individui e ai gruppi, esse inglobano gli obblighi e le norme di comportamento giuridico-sociali. Queste “istituzioni inerti” (M. Hauriou) appartengono alla “categoria delle cose”, mentre le “istituzioni viventi” a cosa appartengono? “La teoria dell'analisi istituzionale definisce l'istituzione come il prodotto di un confronto permanente tra l'istituito (ciò che c'è già, ciò che cerca di mantenersi) e l'istituyente (le forze di sovversione, di cambiamento)”.

Quando in questa sede parliamo di istituzione, ci riferiamo generalmente alle istituzioni, sanitarie e non, sulle quali, ad esempio, si fondano il *welfare*, i percorsi di cura, o quelli di apprendimento, quelli insomma su cui si articola lo Stato (il “pubblico”). Con questo ci riferiamo anche al tipo di sapere che esse veicolano e producono. In tal senso proporre processi di produzione del sapere collettivi, progetti di *welfare* dal basso e reti di neomutualismo, percorsi di salute e cura co-costruiti significa guardare almeno a due dimensioni, quella delle istituzioni come processo (vivo) e quella dei saperi su cui si fondano.

Se guardiamo dunque all’istituzione come processo non è solamente per chiederci: come nascono, come evolvono le istituzioni? È più probabilmente per cogliere i momenti che ci riguardano in un gioco di forze. Dall’altro lato dunque facciamo riferimento ai processi che ci coinvolgono e che stanno intorno alle istituzioni. Questo ci serve, e ci è servito, per focalizzare il nostro punto di vista e il nostro posizionamento.

“Contro la riduzione sociologica dell’istituzione all’istituito, occorre dunque far valere la priorità dell’istituente sull’istituito: il secondo non è che un risultato dell’esercizio del ‘potere istituente’ come potere di creazione”.

Due processi intorno all’istituzione sembrano riguardarci particolarmente, o su questi abbiamo voglia di focalizzare l’attenzione: i processi istituenti e i processi di istituzionalizzazione; lì dove al primo diamo un’accezione positiva, come processo trasformativo dell’esistente e, necessariamente, come processo di soggettivazione, e al secondo conferiamo probabilmente quel senso di sconfitta e di oppressione che riguarda la costrizione delle pratiche proposte entro cornici legislative e normative che cambiano radicalmente il senso della pratica stessa, spogliandola del suo significato trasformativo e quindi, di fatto, neutralizzandola.

Domande:

- *Siamo in grado d’immaginarci qui, a partire dalle nostre esperienze già in essere, nuovi processi istituenti (in grado di non andare verso processi di sussunzione e d’istituzionalizzazione)?*

Comune | Pratiche del comune in salute

| autogoverno, soggettivazione, bisogni, desideri, movimenti, pratiche |

«Certo che possono esistere delle pratiche del comune in salute sotto forma di autogestione, certo altrettanto che queste non possono essere onniresponsive rispetto ai bisogni, né io poi con la mia diciamo sensibilità politica m’immagino pratiche di salute al di fuori completamente delle istituzioni.»

«È vero che rispetto a tutte le problematiche di salute che incontrano i territori la risposta non può essere di certo l’ecografia, ma né può essere la terapia comunitaria,

né può essere l'autocura; però queste non sono la risposta, ma sono un germoglio, un abbozzo molto primordiale di una sperimentazione di una possibile pratica altra, che poi ovviamente non abbiamo in tasca ed è in costruzione, va per tentativi e fallimenti.»

Nel dare una definizione del comune il nostro desiderio è quello di accennare al senso che abbiamo scelto per parlare di “pratiche del comune in salute” e non intendiamo inserirci in un dibattito teorico/accademico che non ci compete. Faremo quindi riferimento a un’accezione, che ha la sua origine nei movimenti globali ed ecologisti, che non vede il comune come co-appartenenza, co-proprietà o co-possezione, ma come una co-attività. A partire da questo riferimento vorremmo parlare di comune usando il sostantivo – piuttosto che l’aggettivo, spesso usato nell’espressione “bene comune” – a indicare che il comune non è un bene, un oggetto a cui vogliamo tendere per possederlo o costituirlo, quanto piuttosto un principio politico a partire dal quale vogliamo creare beni comuni e farli vivere, espandendoli, e ricostituendo un nuovo tessuto di lotte e rivendicazioni con un intento di trasformatività dell’esistente.

Rivendicare il comune vuol dire, nella storia recente di movimento, anche creare un’alternativa al capitalismo e allo Stato-impresa, che sempre più tenta di appropriarsi di tutti gli ambiti della società, della cultura e della vita, dando origine a forme di azione e di discorso che mirano a rovesciare i classici rapporti di potere.

A partire da questa significazione del comune, in uno sforzo immaginativo, abbiamo voluto come Grup-pa pensare a nuove forme possibili dell’agire comune nell’ambito della salute; è nata così l’espressione di “pratiche del comune in salute” per intendere quell’insieme di pratiche di autogestione della salute e della cura che possono avere o meno un rapporto con le istituzioni ma che si pongono un intento trasformativo nei confronti dell’istituzione sanitaria stessa o che comunque ne fanno da contrappunto.

Allo stesso tempo, ci piace immaginare le pratiche del comune in salute come un tentativo di spostamento da forme di autogestione a pratiche di autogoverno, intendendo dare con quest’ultima espressione una connotazione immediatamente politica e orientata alla soggettivizzazione dell’esperienza a partire dalle relazioni, dai bisogni e dai desideri delle persone che la abitano.

Domande:

- *Vorremmo co-costruire dei percorsi di salute che abbiano un corpo comune più allargato rispetto alla frammentarietà delle singole esperienze. È possibile immaginare di creare, a partire da queste, un orizzonte condiviso più ampio, generativo di nuovi percorsi, politici, di salute/cura?*

Aspetti critici ed emergenti

Le considerazioni che seguono, benché generalizzabili a diversi campi dell'azione dei movimenti sopra descritti, sono particolarmente riferite all'ambito della salute e della cura. Si tratta di parte dei “lavori in corso” che hanno fatto seguito alla condivisione della proposta sulle “parole/pratiche del comune in salute”, e nascono dunque da una riflessione collettiva che viene portata avanti tramite incontri di persona, scambi via mail e collaborazione condivisa su documenti di lavoro.

Un primo e fondamentale aspetto di riflessione riguarda l'asse dell'equità. È questa infatti la principale obiezione che viene sollevata da chi vede, nelle esperienze di autogestione e sperimentazione di approcci nuovi alla cura, una pericolosa minaccia e frattura del patto sociale che sostiene il *welfare state*. Ma si tratta anche di una consapevolezza presente e apertamente discussa all'interno degli stessi movimenti. In questo senso, i temi dell'apertura, dell'inclusività e di quella che è stata chiamata “attraversabilità” hanno permeato i tre incontri aperti della seconda fase di progetto. E negli “immaginari” che hanno fatto seguito alla discussione delle “parole del comune” tali concetti ricorrono frequentemente, come illustrato da questa testimonianza:

«Un aspetto che molto spesso manca nelle pratiche del comune in salute è un discorso di classe, cioè di pratiche che tengano seriamente in considerazione un discorso di classe. Nessuno si pone qua il problema dell'accessibilità economica perché nessuno credo proporrebbe pratiche a pagamento, anche se questo pone dei problemi su come ti sostieni [...] Però è un problema di accessibilità anche su altri piani, ad esempio quello discorsivo. Molte delle pratiche che comunque sono venute fuori e conosciamo richiedono per tante ragioni una base di partenza della persona in termini di capacità di dare parola alla propria esperienza [...] dovremmo lavorare di più su quali pratiche potrebbero essere più accessibili in questo senso.» (Intervento durante l'incontro “In/il comune”, Roma 19-21 maggio 2017)

Un tema collegato, e molto ampio, è l'interrogarsi su chi dà origine a queste esperienze, e come questo è in relazione con il principio (e il processo) di giustizia sociale. Questo pone il problema di quali sono i bisogni a cui esse rispondono, e se e come è possibile farle nascere nei contesti a maggiore vulnerabilità sociale senza incorrere o alimentare dinamiche caritatevoli/assistenziali.

«...quello che io ci vedo nella possibilità di cambiare le cose eccetera non è tanto aprire uno spazio che soddisfi i bisogni di tutti, o che sia attraversabile da tutti o [...] ma mettere in atto delle pratiche che possano dare la possibilità e la libertà alle persone di scegliere. [...] molto spesso gli esempi che abbiamo in testa sono ristretti in un certo ambito sia politico, sia di ideazione, sia di riferimento (nel senso di “a chi si riferiscono”, quindi la gente a cui si riferiscono) e quindi di fatto... e poi rispondono a un determinato bisogno, cioè la consultoria risponde a un determinato bisogno, così come che ne so, l'ambulatorio popolare o... [...] il punto però non è venire qui e dargli lo spazio... non so l'ambulatorio popolare o chissà che cosa o cercare di esaudire i loro desideri e il loro bisogni... il punto è secondo me anche solo fargli pensare che esistono

dei bisogni e dei desideri a cui loro possono aspirare, a cui loro possono rispondere e riprendersi, riappropriarsi di queste cose.» (Discussione sulle Pratiche del Comune in Salute, Bologna 30 settembre 2017)

Infine, molto problematico e dibattuto è il rapporto con le istituzioni. Come visto in precedenza, prevale una generale sfiducia nel fatto che le istituzioni, e in particolare il Servizio Sanitario Nazionale, possano essere il luogo di sperimentazioni innovative nel senso di una creazione di spazi di cura che non riproducano le gerarchie sociali. Tutt'al più possono essere spazi dove singoli o piccoli gruppi esercitano una sorta di resistenza, o di contro-azione alle dinamiche escludenti che costantemente vengono riprodotte, ma questo è sempre più difficile perché la pervasività dell'ideologia di mercato restringe costantemente gli spazi di azione civile in nome di altri valori quali equità, giustizia, libertà.

«Rispetto al mio attuale rapporto con le istituzioni, per esempio, io per motivi anche di sopravvivenza [...] sono costretto a stare in una istituzione, ma questo è valso per qualsiasi istituzione di tipo sanitario che abbia frequentato, dalla formazione in ospedale alla pratica del medico di famiglia, adesso dove mi trovo proprio alle contraddizioni che esplodono all'estremo avendo a che fare con persone richiedenti asilo [...] [S]volgere la propria attività all'interno di strutture, per quanto tu possa mettere in atto dei comportamenti, delle azioni che sono del tutto anche di contestazione rispetto a quello che succede, è tale proprio il razzismo istituzionale in questo a caso che a volte, cioè, il ruolo che puoi giocare là dentro rimane sempre molto... molto limitato, al massimo puoi giocare un minimo una differenza per una singola o un singolo per cui puoi agire in maniera differente, ma se l'istituzione è di per sé razzista, in questo caso, è veramente poco quello che puoi fare.» (Intervento durante l'incontro "In/il comune", Roma 19-21 maggio 2017)

D'altro canto, non ci si immagina che una costellazione di piccole esperienze, per quanto avanzate e coerenti con i principi di inclusività, equità e rispetto delle differenze, possa assolvere in maniera efficace e soprattutto universale ai bisogni di una società intera. La seguente testimonianza illustra bene un posizionamento ibrido e complesso che tiene insieme il piano istituzionale e quello della sperimentazione di alternative:

«Io sono abbastanza d'accordo sul fatto che servano delle istituzioni un po' più ampie rispetto alle singole pratiche micro che possiamo mettere in atto per rispondere a qualche problema, ma che queste istituzioni comunque non riusciremo mai a disegnarle come delle istituzioni aperte, attraversabili, un po' a misura dei nostri bisogni e desideri se non ci diamo lo spazio di sperimentarci in spazi differenti, dove magari continueremo a vivere delle contraddizioni ma comunque proviamo a sperimentare altro. E in questi spazi il senso molto personale che gli do io è anche la possibilità di poterci entrare, cioè senza necessariamente – qui vengo anche al discorso della tecnica e del sapere esperto – senza necessariamente mettere da parte il fatto che, vista la mia

formazione, ho acquisito un bagaglio di conoscenze per cui ho imparato che un determinato farmaco agisce su una cellula in un determinato modo, cioè questa cosa non la voglio mettere da parte, però per me è centrale che negli spazi di sperimentazione e proposta altra queste conoscenze non entrino in gioco come esperto che gerarchicamente è superiore ad altro, ma entrino in gioco in dinamiche totalmente differenti, dove comunque... cioè, non vedo in questo una gerarchia dei saperi. Questa possibilità in questo momento le istituzioni... non c'è all'interno delle istituzioni, ce la dobbiamo creare altrove, e questa credo che sia l'unica possibilità che c'è anche di disegnare istituzioni più nostra misura.» (Intervento durante l'incontro "In/il comune", Roma 19-21 maggio 2017)

Oltre al tema della messa in rete delle esperienze, essenziale anche per fare "massa critica" tanto nella difesa di ciò che ancora tiene del sistema di *welfare*, quanto nella produzione e promozione di un'alternativa già in essere e utilizzabile, vi è dunque il tema della creazione di nuove istituzioni. È questo il fronte in esplorazione, sulla scorta di quanto già visto per altri ambiti della vita segnati dall'azione produttiva/positiva dei movimenti come l'alimentazione e la creatività e l'arte.

"...esiste la possibilità di creare un'istituzione che non sia normativa? Cioè nel senso, anche volendo cambiare l'esistente, volendo cambiare quello che è già istituito, tu puoi riproporre semplicemente una norma che secondo alcuni principi è più equa, più giusta eccetera, ma sarà comunque una norma che esclude delle soggettività cioè... quindi... nell'aspirare a un'istituzione più giusta, e quindi a un cambiamento sociale importante, che venga però consolidato... come poter fare a non riprodurre una norma escludente La mia risposta rispetto a questo... cioè non è una risposta però è un'idea che ho comunque... è provare a pensare sfaccettato, cioè quindi che l'istituzione non sia una sola, e che la norma non sia unica, e quindi di poter lasciare comunque sempre la possibilità di scegliere, quindi che devi creare talmente intersezione che a un certo punto si intersecheranno tutti e tutti saranno dentro. Da qualche parte. Un po' caleidoscopica." (Discussione sulle Pratiche del Comune in Salute, Bologna 30 settembre 2017)

Il percorso è dunque aperto, la strada tracciata per continuare ad alimentare "contesti intermedi" in cui sia possibile il confronto diretto sulle sperimentazioni in atto. Nel frattempo, continuare ovunque possibile il dialogo e il confronto con le istituzioni esistenti, nella consapevolezza che il periodo di transizione sarà verosimilmente lungo e, nel frattempo, è possibile o comunque pensabile generare proficue contaminazioni. Un esempio concreto è l'attività del CSI, da sempre ponte tra società civile, movimenti sociali, e istituzioni. Una terra di confine che, come ha scritto Tillich, "è il luogo migliore dove acquisire conoscenza" (Tillich 2011).

Entrata/esplorazioni @ - La salute (è) del pianeta

“Come può occuparsi di salute un corpo astratto?”. Questa citazione, riportata nel capitolo precedente e riferita a un certo modo di fare politica (in salute) senza porsi in prima persona al centro delle riflessioni e delle azioni, rappresenta uno spunto per la terza – e ultima – esplorazione nel territorio che la ricerca-azione ha messo in luce. Si tratta della necessità, quanto mai attuale, di guardare alla salute delle persone – alla *nostra* salute – come una parte dipendente, e dunque inscindibile, della salute dell'intero ecosistema.

Un recente lavoro della *Lancet Commission on Pollution and Health* ha mostrato che, nel 2015, l'inquinamento è stata la più importante causa di malattia e di mortalità prematura, responsabile di ben 9 milioni di morti (tre volte più dell'effetto combinato di AIDS, tubercolosi e malaria; 15 volte più di tutte le guerre e delle altre forme di violenza) (Landrigan et al. 2017). Analogamente, nel 2009 la *Lancet Commission on Health and Climate Change* aveva etichettato il cambiamento climatico come “la più grave minaccia di salute globale del XXI secolo” (Costello et al. 2009).

Nel campo della salute pubblica, le nuove proposte che vanno nella direzione di tenere insieme la salute umana con le altre variabili connesse all'ecosistema sono denominate “*one health*” e, più recentemente, “*planetary health*”. Ma in altri campi del sapere, e in altre tradizioni storiche e culturali, non c'è mai stato altro modo di guardare all'umano se non inserito in una sfera di senso e di sopravvivenza che è quella della *Patchamama*, la Madre Terra.

In questa esplorazione, prenderemo in esame i più recenti sviluppi dello sguardo di salute pubblica sulle relazioni tra ambiente e salute, per poi discutere i contributi provenienti da sguardi altri e in particolare le connessioni con l'ambito dei movimenti.

1. La salute ai tempi dell'antropocene³³

Negli ultimi cinquant'anni, le condizioni ambientali sono cambiate più rapidamente che in ogni altro periodo della storia umana. La scala delle modificazioni ecosistemiche indotte dall'attività umana a partire dalla rivoluzione industriale, e l'impatto sul clima, hanno portato a definire il periodo post Ottocento come una nuova era geologica, l'Antropocene (Waters et al. 2016). Mentre la discussione sull'appropriatezza della definizione dal punto di vista strettamente geologico è ancora in corso, il termine si è accreditato rapidamente anche al di fuori degli ambiti scientifici, per la capacità di descrivere oltre due secoli di “dominio sulla natura”, ri/tratto del mondo occidentale in particolare dall'Illuminismo in poi. Non senza attirare l'attenzione di voci critiche che, proprio in virtù della coincidenza tra aumento dell'impatto ambientale e ascesa del capitalismo, propongono una ridefinizione del termine come “Capitalocene” (Moore 2016). In effetti, se è vero che la temperatura media è aumentata a partire dal tardo Ottocento (nella prima decade degli anni Duemila l'aumento era di 0,8 °C rispetto al periodo 1880-1920), è altrettanto vero che due terzi dell'aumento si sono verificati a partire dal 1975 (Hansen et al. 2010), periodo che coincide con l'inizio della fase neoliberista del capitalismo.

Fatta eccezione per alcuni *leader* politici particolarmente controversi, supportati da voci isolate del mondo scientifico, il consenso sul ruolo dell'impatto umano rispetto alle trasformazioni ambientali è ormai ampiamente consolidato. Per quanto riguarda il cambiamento climatico, il principale riferimento è il Gruppo Intergovernativo sul Cambiamento Climatico (IPCC) delle Nazioni Unite, che lavora per documentare l'ascesa delle temperature, gli effetti presenti e futuri su clima, livello dei mari e acidificazione degli oceani, nonché le cause dell'aumento termico. L'IPCC è uno sforzo collaborativo di centinaia di scienziati, e – vista la politicizzazione del tema – prende posizione solo sulla base di analisi rigorose, tanto da essere soggetto anche ad accuse di eccessiva cautela di fronte alla portata della minaccia in atto. In ogni caso, nel rapporto del 2013 l'IPCC definisce come “estremamente probabile” (probabilità del 90-100%) il fatto che più della metà dell'aumento di temperatura osservato sia causato dall'attività umana (Stocker 2014). In aggiunta, è documentato che l'uomo ha convertito circa un terzo della superficie terrestre libera da ghiaccio e deserti in terreno agricolo (e, per gli sprechi e le inefficienze, quasi il 30% di questa superficie è usata per produrre cibo che non sarà mai mangiato!), e che annualmente viene utilizzata la metà di tutta le risorse accessibili di acqua dolce; il 90% delle riserve ittiche monitorate vengono sfruttate a livelli pari o superiori al limite massimo di sostenibilità, e il tasso di estinzioni oggi è più di cento volte superiore a quello osservato nei reperti fossili, mentre molte delle specie rimanenti sono drasticamente ridotte in numero (in media, negli ultimi 45 anni le popolazioni di vertebrati si sono ridotte della metà) (Whitmee et al. 2015).

33 Nello scrivere questa sezione ho fatto riferimento anche a un capitolo, dedicato all'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute, che sarà pubblicato nel libro *Global Health Watch 5*, in uscita a dicembre (PHM et al. 2017).

Già nel 2005 uno studio aveva mostrato che il 60% degli ecosistemi presi in esame era degradato o veniva utilizzato in modo non sostenibile, generando la consapevolezza che la capacità del pianeta di sostenere le future generazioni non si può più dare per scontata (MEA 2005). La velocità incrementale di questi cambiamenti, e i drammatici impatti ormai osservabili nel presente (per restare nell'ambito dell'estate appena conclusa, si pensi agli uragani Harvey e Irma o ai devastanti incendi nella California del nord), hanno prodotto una rinnovata attenzione per le conseguenze di salute delle trasformazioni ambientali, nonché nuove proposte di approcci scientifici al problema.

L'impatto sulla salute

Nel prendere in esame, per quanto in maniera schematica e non esaustiva, l'impatto sulla salute delle trasformazioni ambientali descritte è importante tenere conto di due fattori. Il primo è che si tratta di un campo in pieno sviluppo e in cui ancora poco si è fatto, o si riesce a fare, nelle misurazioni degli effetti combinati delle singole variabili prese in causa. Infatti, molte conseguenze del cambiamento ambientale globale sono difficilmente quantificabili perché mediate da sistemi complessi, che possono avere circuiti di feedback e relazioni non lineari rispetto agli esiti in salute (Whitmee et al. 2015). Inoltre, ci sono aspetti ambientali il cui ruolo emerge solo nel momento in cui la degradazione è tale da comportare effetti evidenti. È questo per esempio il caso delle mangrovie, delle barriere coralline e di altri elementi naturali delle zone costiere in grado di temperare l'impatto delle onde e quindi ridurre le devastazioni in caso di uragani, tempeste e tsunami (Whitmee et al. 2015). Il secondo è che, al di là dei valori medi, è certo che l'impatto varia e varierà a seconda dei contesti geografici e delle popolazioni, nonché dei gruppi di vulnerabilità all'interno delle popolazioni. Come si è già appreso dagli studi sulle disuguaglianze in salute, e sull'impatto dei determinanti sociali e ambientali, tra i gruppi più a rischio vi sono le persone con minore reddito e/o discriminate e marginalizzate, i bambini e gli anziani. Per esempio, le persone che vivono sole, chi lavora all'esterno o in edifici non climatizzati, le persone affette da patologie croniche, problemi di salute mentale e disabilità sono più vulnerabili in caso di temperature estreme. Inoltre, esiste un gradiente sociale nella mortalità da ondate di calore, dove la povertà rappresenta un fattore di aggravamento che limita la possibilità di accedere alle risorse necessarie a proteggersi (Basu 2015). In altre parole, il rischio per la salute umana legato ai cambiamenti ambientali nasce, come in generale in sanità pubblica, da una combinazione di rischio specifico, esposizione e vulnerabilità. Ma questa combinazione non è politicamente neutra, e penalizza proprio le popolazioni e i gruppi che meno hanno contribuito alla (e beneficiato dalla) attuale situazione di degrado e compromissione ambientale (Brulle e Pellow 2006). Inoltre, così come è noto che le emissioni di CO₂ seguono l'andamento della ricchezza, un recente studio comparativo negli Stati Uniti ha dimostrato che anche la disuguaglianza socioeconomica (ovvero, il livello di

concentrazione del reddito) è associata alla quantità di emissioni prodotte (Jorgenson, Schor, e Huang 2017).

I principali problemi di salute legati alla degradazione dell'ambiente sono mediati da inquinamento atmosferico e da sfruttamento inadeguato e contaminazione di acque, terre e foreste. Un rapporto dell'OMS del 2006 ha valutato l'impatto dei fattori ambientali modificabili – che portano all'esposizione a determinanti nocivi come inquinamento atmosferico e acqua contaminata – in circa un quarto del carico globale di malattia, e in più di un terzo nei bambini (Prüss-Üstün e Corvalán 2006). Secondo uno studio più recente, nel 2012 i fattori ambientali (aria inquinata, rischi da ambiente costruito, pratiche agricole, rischi occupazionali, radiazioni, cambiamenti climatici, esposizione chimica e accesso inadeguato ad acqua pulita e infrastrutture igieniche) sono risultati associati a 12,6 milioni di morti, il 23% della mortalità mondiale complessiva (Prüss-Üstün et al. 2016).

Per quanto riguarda i meccanismi di azione, l'impatto sulla salute dei cambiamenti ambientali può essere diretto (per esempio, lo stress da calore legato al cambiamento climatico), secondario (da alterazione dei sistemi naturali, per esempio l'inquinamento atmosferico) o indiretto o terziario (legato ad alterazioni dei sistemi umani e sociali, per esempio le migrazioni e i conflitti) (Field e Barros 2014).

Gli effetti più diretti sono quelli (relativamente) più facili da misurare, come la mortalità da ondate di calore, fenomeno che è andato significativamente aumentando in Europa negli ultimi vent'anni (Christidis et al. 2012). Sappiamo, per esempio, che la famigerata estate del 2003 – la più calda nell'Europa continentale dal 1500 – ha causato un eccesso di mortalità di 70.000 persone, in prevalenza anziani, a causa di fenomeni come colpi di calore e peggioramento di condizioni patologiche esistenti (cardiopatie, nefropatie, BPCO, diabete, ecc.) (Robine et al. 2008).

Per quanto riguarda l'inquinamento atmosferico, esso agisce per effetto diretto e anche contribuendo al cambiamento climatico. Nel 2012 l'inquinamento *outdoor* è stato responsabile di 3,7 milioni di morti, di cui quasi il 90% in Paesi a basso reddito, per patologie come tumore al polmone, condizioni cardiorespiratorie, asma e BPCO (WHO 2014a). L'inquinamento *indoor* (combustione di biomasse, in ambienti poco ventilati, per il riscaldamento e la preparazione dei cibi) è ancora più letale, responsabile di 4,3 milioni di morti l'anno (WHO 2014b).

La disponibilità di acqua dolce è un'altra problematica particolarmente evidente nei contesti a risorse limitate, dove si intersecano problemi di accesso, scarsità e contaminazione. Stime recenti affermano che un terzo della popolazione mondiale non ha un accesso adeguato a risorse idriche e infrastrutture igieniche (WHO e UNICEF 2015). Le patologie correlate sono responsabili di almeno 1,4 milioni di morti l'anno, soprattutto tra neonati e bambini (Forouzanfar et al. 2015).

Anche la degradazione della terra coltivabile e la deforestazione rappresentano minacce per la salute umana. Gli effetti combinati di deforestazione e pratiche agricole dannose (eccessivo

sfruttamento del pascolo, scarsa irrigazione, utilizzo di pesticidi e fertilizzanti, eccessivo utilizzo di acqua, monocolture, ecc.) sono responsabili dei fenomeni di erosione, che sono fino a sei volte più elevati nei Paesi a basso reddito rispetto a quelli a reddito elevato (Hester 2012). Le conseguenze sono preoccupanti soprattutto per le popolazioni che dipendono dalle attività agricole per la loro sussistenza, sempre più soggette a carenze di cibo, povertà crescente e migrazioni forzate (UNEP 2014). I cambiamenti ambientali agiscono infatti su tutte le dimensioni della sicurezza alimentare: disponibilità, accessibilità, utilizzo e stabilità dei sistemi alimentari (FAO 2008). Inoltre, ci sono crescenti evidenze di un impatto anche sul contenuto nutrizionale dei cibi, e tutto questo è correlato a maggiori rischi di malnutrizione e arresto della crescita. La deforestazione ha anche altri effetti sulla salute: altera l'abilità degli ecosistemi di rimuovere sostanze inquinanti dall'aria e dall'acqua, aumenta la diffusione della malaria, riduce l'impollinazione e il controllo dei parassiti, riduce le fonti di nuove medicine e peggiora gli effetti di alluvioni, frane, maree e uragani (Whitmee et al. 2015).

Tra le alterazioni sistemiche, il cambiamento climatico è quella che desta maggiori preoccupazioni a causa degli effetti combinati su molteplici altri sistemi. Le previsioni si susseguono mentre sembra aumentare il divario tra ciò che si dovrebbe fare, ciò che viene dichiarato e ciò che viene realmente messo in atto: in passato, due gradi di riscaldamento erano considerati la soglia della catastrofe, mentre oggi – secondo gli accordi di Parigi del 2015 – sono l'obiettivo globale, e gli esperti dicono che ci sono poche possibilità di raggiungerlo. L'ultimo rapporto dell'IPCC prevede che, in assenza di mitigazioni, si potrà arrivare a un riscaldamento di quattro gradi entro l'inizio del prossimo secolo (IPCC 2015). Le conseguenze più sicure sono l'aumento delle temperature (atmosferica e delle acque marine) e l'acidificazione degli oceani, mentre sono molto probabili l'aumento delle ondate di calore, lo scioglimento delle calotte polari, l'aumento del livello dei mari, l'alternanza di precipitazioni intense e siccità con effetti drammatici sui bacini idrici (Field e Barros 2014).

Per quanto riguarda l'impatto sulla salute, secondo l'IPCC è probabile che il cambiamento climatico abbia contribuito al carico di malattia a livello mondiale, tuttavia non in modo predominante rispetto ad altri fattori. In particolare, gli effetti sono misurabili in termini di mortalità e morbilità legate al calore. Inoltre, in alcune aree geografiche i cambiamenti locali di temperature e precipitazioni hanno modificato la distribuzione di alcune malattie a trasmissione idrica e dei vettori di malattia, e ridotto la produzione alimentare (Field e Barros 2014). Le previsioni per il futuro, in assenza di una mitigazione del cambiamento climatico in atto, vedono un aumento dell'impatto sulla salute legato alle ondate di calore e agli incendi, e un maggiore rischio di patologie a trasmissione alimentare e idrica. Inoltre, le regioni più povere saranno a rischio di ancora maggiore malnutrizione, legata a una riduzione della produzione alimentare.

Secondo l'OMS, il cambiamento climatico provocherà una mortalità in eccesso di 250.000 morti l'anno tra il 2030 e il 2050 (WHO 2014c), ma si tratta di una stima che tiene conto solo degli effetti

diretti. Ben più gravi potrebbero essere quelli legati a dinamiche economiche e sociali, considerato che oltre un miliardo di persone vive in territori considerati ecologicamente fragili (UNDP 2016).

Oltre agli effetti diretti delle ondate da calore descritti sopra, vi sono conseguenze importanti per la salute mediate dai cambiamenti negli ecosistemi naturali, per esempio i cambiamenti di temperature e precipitazioni connessi a proliferazione e virulenza di patogeni a trasmissione idrica o alimentare, o alla presenza di vettori come nel caso di malaria, *dengue* e *chikungunya* (Field e Barros 2014). L'esempio più eclatante e studiato è quello delle zanzare del genere *Aedes*, che trasmettono importanti malattie umane, originariamente presenti solo in zone tropicali e subtropicali e ormai diffuse a tutti i continenti escluso Artide ed Antartide. Tra le specie appartenenti a questa famiglia *Aedes albopictus*, meglio conosciuta come zanzara tigre, è la più invasiva ed ormai stabilmente presente in Italia e Stati Uniti dove ha determinato l'emergenza della febbre del *West Nile* e *chikungunya* (Gould e Higgs 2009; Rezza 2009). Anche il sistema di produzione alimentare risente di questi cambiamenti, con impatto sulla sovranità alimentare. La siccità riduce la produzione e provoca scarsità di cibo, soprattutto nelle zone già povere e affette da insicurezza alimentare (Field e Barros 2014). In un recente rapporto pubblicato da *The Lancet*, la malnutrizione è identificata come il più grande impatto di salute dei cambiamenti climatici nel XXI secolo (Watts et al. 2017). A livello dei mari, il cambiamento climatico si associa a fenomeni di riscaldamento, acidificazione e deossigenazione, quest'ultima aggravata dallo scarico in mare di contaminanti umani, industriali e agricoli. Si vengono così a creare "zone morte" in cui i pesci e altre forme di vita marina non possono più sopravvivere, con conseguenze per la sovranità alimentare delle popolazioni dipendenti dal mare per la propria sussistenza (Bijma et al. 2013; Laird, Goncharov, e Chan 2013).

Nel campo delle cosiddette conseguenze terziarie dei cambiamenti ambientali troviamo i fenomeni mediati da cambiamenti economici, sociali e politici. Perdita dei mezzi sussistenza, migrazioni forzate, conflitti per accedere a risorse sempre più scarse sono tutti elementi che hanno grande impatto sulla salute fisica e mentale (McMichael 2013).

Un'analisi della complessità dei fattori coinvolti viene dalla Convenzione sulla Diversità Biologica, che ha collaborato con l'OMS per esaminare lo stato della conoscenza scientifica sui legami tra salute umana e biodiversità, ecosistemi, e i servizi di supporto alla vita che essi garantiscono. L'evidenza raccolta mostra che i determinanti antropologici della perdita di biodiversità stanno compromettendo la capacità degli ecosistemi di offrire servizi essenziali alla vita umana, come la disponibilità di aria pulita e di acqua dolce, la sicurezza alimentare, la disponibilità di piante e medicine tradizionali. I rischi più gravi riguardano popolazioni che non hanno adeguati sistemi di protezione sociale, tra cui donne, bambini, popolazioni indigene, persone in stato di povertà e coloro che dipendono maggiormente dalle risorse naturali per la propria salute, il proprio benessere, il sostentamento e la sopravvivenza. Tra i rischi identificati, la perdita di biodiversità agricola, fondamentale per i processi di produzione, impollinazione e controllo dei parassiti necessari per la sicurezza alimentare e nutrizionale; effetti complessi sulla regolazione delle

patologie infettive, tra cui trasferimento di agenti patogeni dagli ambienti selvatici alle popolazioni umane; evidenze emergenti dei legami tra perdita di biodiversità ambientale e ridotta diversità del microbiota umano, con conseguenti disfunzioni immunitarie e malattie (WHO, CBD, e UNEP 2015).

Nuovi approcci di salute pubblica

I collegamenti tra salute umana e ambiente sono rintracciabili fin dagli albori della storia della medicina occidentale. Tuttavia, le teorie e l'attenzione dedicata al tema sono mutate nel tempo, riflettendo le condizioni storiche nonché la disponibilità di conoscenze e tecnologie. Nell'epoca moderna, la teoria dei germi rappresenta tanto un momento di cerniera quanto di cesura rispetto all'identificazione di tali connessioni. Infatti, prima della sua affermazione nella seconda metà dell'Ottocento, l'ambiente era principalmente chiamato in causa per spiegare l'origine delle malattie. L'identificazione del nesso causale germe-patologia si accompagnò invece a una progressiva riduzione dello sguardo, tendenza che continuò ad accentuarsi con la scoperta di vaccini e antibiotici e nell'epoca ottimistica in cui l'eradicazione di tutte le patologie infettive sembrava in rapido divenire (Zinsstag et al. 2015). Bisogna arrivare al XXI secolo, ovvero all'epoca contemporanea, per assistere a una ripresa su larga scala degli sguardi che leggono la salute umana e quella animale e ambientale in rapporti di interdipendenza.

Uno di questi approcci va sotto il nome di “*One Health*” (OH), una sola salute. Non a caso, l'idea prende forza nella prima decade degli anni Duemila, segnata dalla comparsa di zoonosi emergenti legate alla crescente globalizzazione del commercio e mobilità umana. Tra queste, l'influenza aviaria A da ceppo H5N1, che si è in un primo tempo diffusa tra pollame e volatili colpendo occasionalmente l'uomo, e la pandemia influenzale causata dal ceppo H1N1, che partendo da un allevamento di maiali in Messico si è poi diffusa a Stati Uniti, Europa, Asia ed Africa. Si fa dunque strada la necessità di integrare il tradizionale approccio di sanità pubblica con quello della medicina veterinaria e, in misura minore, delle scienze ambientali. L'approccio OH promuove la collaborazione e la comunicazione tra diverse discipline affinché lavorino insieme a livello locale, nazionale e globale nel formulare programmi, politiche, norme e progetti di ricerca rivolti a obiettivi di salute pubblica. Gli ambiti di lavoro prioritari sono la sicurezza alimentare, il controllo delle zoonosi e l'antibioticoresistenza (FAO et al. 2008).

Da qualche anno tale approccio è stato superato, o inglobato, da una nuova prospettiva definita “*planetary health*” (salute planetaria) che – per certi versi – si può inserire nel filone che, dalla medicina tropicale, passa per la salute internazionale e approda alla salute globale. Rispetto a quest'ultima, che dichiara un impegno allo studio e all'azione su tematiche di salute pubblica che trascendono i confini nazionali, la salute planetaria esplicita un'attenzione preminente all'equilibrio

di sistema tra ambiente e salute umana, e alle reciproche interazioni. Inoltre, espande l'attenzione tradizionalmente riservata, nell'ultimo decennio, all'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute, alle trasformazioni ambientali in generale prodotte dall'azione umana. La nuova prospettiva planetaria è stata formulata nel 2015 da una sinergia tra la Fondazione Rockefeller e la *Lancet Commission on Planetary Health* (Whitmee et al. 2015). Tale prospettiva è fondata su un assunto tanto ovvio quanto potenzialmente rivoluzionario nella sua esplicitazione: la salute e la civiltà umane dipendono da (eco)sistemi naturali vitali e rigogliosi, che vivono oggi una degradazione senza precedenti nella storia dell'umanità. La definizione di “salute planetaria”, così come formulata nel rapporto della Commissione, è “il raggiungimento del più alto livello possibile di salute, benessere ed equità al mondo attraverso un'attenzione giudiziosa ai sistemi umani – politico, economico e sociale – che plasmano il futuro dell'umanità, e ai sistemi naturali della Terra, che definiscono i limiti ambientali di sicurezza all'interno dei quali l'umanità può prosperare” (Whitmee et al. 2015).

Lo scarto rispetto alle precedenti visioni di salute pubblica è duplice. Da un lato la salute umana viene analizzata come prodotto dei sistemi generati dall'uomo: le minacce alla nostra salute non sono dunque descritte in termini di fattori esterni (malattie, cambiamento climatico, acidificazione degli oceani, inquinamento chimico...), ma collocate all'interno dei sistemi sociali che abbiamo creato. In secondo luogo, si pone attenzione ai sistemi naturali che consentono l'esistenza della nostra specie (Horton e Lo 2015). Esistono limiti alla nostra sopravvivenza che, se superati, la mettono seriamente a rischio. Si fa riferimento qui, in particolare, al concetto di “limiti planetari” introdotto nel 2009 da Johan Rockström. Ne sono stati identificati nove³⁴, e di questi tre sono già stati superati oltre la soglia di sicurezza (cambiamento climatico, biodiversità, ciclo globale dell'azoto). Secondo Rockström, il superamento di uno o più limiti comporta una deviazione delle traiettorie ambientali dal loro corso naturale, con un impatto sui sistemi planetari tanto severo da minacciare la sopravvivenza umana (Rockström et al. 2009).

Il senso di urgenza nel considerare questi aspetti ha in qualche modo permeato anche il più ampio approccio di salute globale che, conclusasi nel 2015 l'agenda degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio, ha inaugurato i nuovi “Obiettivi di Sviluppo Sostenibile”, proprio a indicare un macro o meta-obiettivo che è quello della sostenibilità globale del pianeta, oggi e per le generazioni a venire. Tuttavia, i 17 obiettivi e 169 target proposti all'Assemblea delle Nazioni Unite sono stati criticati, perché in molti casi non contengono indicazioni sufficientemente specifiche per una loro attuazione efficace, ma anche perché puntano ad agire sugli effetti e non sulle cause sistemiche che li generano (PHM 2017).

34 Acidificazione degli oceani, flussi biogeochimici (azoto e fosforo), riduzione delle risorse di acqua dolce, cambiamento nei sistemi terrestri (integrità delle foreste), integrità della biosfera (estinzioni), cambiamento climatico, deplezione di ozono nella stratosfera, aerosol nell'atmosfera, entità nuove.

L'approccio di salute planetaria individua tre categorie di questioni che è urgente affrontare. In primo luogo un problema concettuale o di immaginario, legato all'utilizzo del prodotto interno lordo come principale misura del progresso, senza tener conto delle implicazioni sulla salute e sull'ambiente (anche nel futuro) e del fatto che queste riguardano in modo diseguale le persone povere e quelle che vivono in Paesi a basso reddito. In secondo luogo, un problema di conoscenza, legato al fallimento nell'affrontare in modo efficace i determinanti sociali e ambientali della salute, la storica carenza di (fondi per la) ricerca transdisciplinare, e la mancata volontà o capacità di gestire l'incertezza all'interno di cornici decisionali. Infine, un problema di *governance*, ovvero i ritardi di governi e istituzioni nel riconoscere e rispondere alle minacce, specialmente quelle caratterizzate da incertezza, necessità di risorse condivise e latenza temporale tra azione ed effetto. Per quanto riguarda le trasformazioni necessarie in campo economico, la commissione indica come prioritaria la necessità di ridurre sprechi e rifiuti mediante la creazione di prodotti più durevoli e la cui produzione richiede meno energia e materiali, l'incentivo a riciclare, riutilizzare e riparare, e la sostituzione di materiali tossici e pericolosi con alternative più sicure (Whitmee et al. 2015).

Per una lettura critica della salute planetaria

Dopo aver preso in esame, in maniera essenzialmente descrittiva, le principali trasformazioni ambientali indotte dall'azione umana, le loro implicazioni per la salute, nonché i nuovi approcci che suggeriscono di tenere insieme la salute del pianeta e quella delle persone, articoleremo qui una lettura critica che mette in luce alcuni aspetti finora negletti. Riassumiamo prima gli elementi chiave della salute planetaria:

«1. Il concetto di salute planetaria è radicato nella consapevolezza che salute e civiltà umane dipendono da sistemi naturali vitali e rigogliosi, e dalla gestione (stewardship) saggia di tali sistemi. Tuttavia, è in corso una degradazione dei sistemi naturali che non ha precedenti nella storia umana.

2. Le minacce ambientali alla salute e alla civiltà umane saranno caratterizzate da elementi di sorpresa e incertezza. Le nostre società si trovano davanti a pericoli evidenti e gravi, che richiedono azioni urgenti di cambiamento per proteggere le generazioni presenti e future.

3. Gli attuali sistemi di governance e di organizzazione delle conoscenze umane non sono adeguati per affrontare le minacce alla salute del pianeta. Chiediamo una governance migliore per supportare l'integrazione di politiche sociali, economiche e ambientali e per la creazione, sintesi e applicazione di conoscenze interdisciplinari volte a rafforzare la salute planetaria.

4. *Le soluzioni sono raggiungibili e dovrebbero fondarsi su una ridefinizione del concetto di prosperità, che metta al centro il miglioramento della qualità della vita e il raggiungimento di una migliore salute per tutti, insieme al rispetto per l'integrità dei sistemi naturali. Questo impegno richiede che le società affrontino i determinanti delle trasformazioni ambientali promuovendo dinamiche di consumo sostenibili ed eque, riducendo la crescita della popolazione, e sfruttando il potere della tecnologia per il cambiamento.» (Whitmee et al. 2015)*

Una prima considerazione riguarda l'astoricità del concetto di “cambiamenti ambientali indotti dall'uomo”. Se è lecito affermare che, dalla sua comparsa sulla terra, l'uomo ha agito su e tramite l'ambiente circostante portando a modificazioni anche significative funzionali alla propria sopravvivenza, è altrettanto vero che la portata e la scala di tali trasformazioni non è sempre stata uguale nel tempo, e attraverso tradizioni e culture differenti. Abbiamo già ricordato la proposta di rinominare l'Antropocene come Capitalocene, a sottolineare il fatto che sia soprattutto un preciso modello economico-produttivo, legato allo “sviluppo” occidentalmente inteso, a essere chiamato in causa in una devastazione ambientale globale che non ha precedenti, né come portata, né come scala, né come potenziale irreversibilità (Foster, Clark, e York 2010). Ben prima dell'approccio di salute planetaria, critiche e avvertimenti su questo modello di sviluppo sono stati formulati da numerosi studiosi e pensatori di svariate discipline, nonché da popolazioni e gruppi direttamente interessati e violati nel proprio diritto all'autodeterminazione dall'espansione del modello capitalista. Sarebbe impossibile fare un elenco di quanti si sono opposti, hanno criticato e/o subito le conseguenze dell'intransigenza di questo modello, ma la crescente diffusione e intensità delle forme di resistenza, protesta e costruzione di alternativa sono un buon metro di misura. Dall'America Latina all'India, dall'Italia agli Stati Uniti, si moltiplicano le iniziative a protezione dell'ambiente, contro lo sfruttamento minerario e la costruzione di nuove infrastrutture inutili e dannose, per la sovranità alimentare e modelli di vita in armonia con l'ecosistema locale e planetario. Purtroppo la presa di posizione in questo senso ha spesso un costo elevato, che si paga con la criminalizzazione, l'incarcerazione e anche la vita. Per nominare solo alcuni casi recenti e tristemente famosi, l'assassinio di Berta Caceres in Honduras, e il più recente caso di Santiago Maldonado in Argentina. Il fenomeno è tanto rilevante – con oltre 160 morti nel solo 2017 – che la rivista *The Guardian* ha inaugurato una serie dedicata ai cosiddetti “*land defenders*” per monitorare e documentare l'impatto della repressione (The Guardian 2017).

Nonostante queste persone e gruppi siano, da un punto di vista teorico, pienamente in linea con gli assunti principali della “salute planetaria”, e nei fatti molto più aderenti ai suoi principi, essi mettono anche in evidenza un elemento chiave che la Commissione Rockefeller-Lancet si guarda bene dal nominare, ovvero che il “vero” determinante, la “causa delle cause”, è l'attuale modello di sviluppo economico di tipo capitalista. Nelle 40 pagine, e oltre 400 citazioni, del rapporto della Commissione il termine non è citato neanche una volta, e gli autori si limitano a dire che – certamente a prezzo di disuguaglianze e ipotecendo il futuro del pianeta – il modello ha portato

vantaggi alla popolazione mondiale: “L'umanità ha senza dubbio beneficiato grandemente, per quanto in modo diseguale, dall'utilizzo dell'ambiente per i bisogni e le richieste dell'uomo, ma la velocità e la scala dei recenti cambiamenti suggeriscono che non possiamo continuare a sfruttare la natura in questo modo per sostenere una popolazione che potrebbe continuare a crescere fino alla fine del secolo o oltre” (Whitmee et al. 2015). Anche il paradigma della crescita economica – perno dell'economia capitalista – non è messo in discussione, benché si faccia riferimento alla problematicità di considerarla come variabile positiva a se stante ignorando le esternalità prodotte su società e ambiente. Per il resto, ci si limita a ipotizzare un modello economico globale che “disaccoppi la crescita economica e lo sviluppo dal consumo di risorse finite” (Whitmee et al. 2015).

Benché quindi la Commissione riconosca gli eccessi del sistema, non prende in analisi la dimensione del potere, e degli interessi a preservarlo e accrescerlo che ne rappresentano il motore. Per comprendere la scala del problema, basti pensare che, di tutte le emissioni prodotte dal 1988, ben il 71% è a carico di un centinaio di compagnie transnazionali (Griffin 2017). Le stesse compagnie che sono coinvolte in azioni di *lobby* per minimizzare il rischio economico legato a misure di regolazione a tutela della salute umana e ambientale. Benché gli effetti nocivi di sostanze come il piombo fossero noti fin dalla fine dell'Ottocento, ci è voluto quasi un secolo (di danni all'uomo e al pianeta) perché le evidenze scientifiche e l'attivismo della società civile portassero a una sua abolizione da vernici e carburanti (Markowitz e Rosner 2014). Il dibattito sul glifosato in corso in questi giorni al Parlamento Europeo, e gli sforzi della Monsanto per distorcere e screditare le evidenze sulla possibile cancerogenicità del pesticida messi in luce dalla pubblicazione di centinaia di documenti riservati (i cosiddetti “*Monsanto papers*”), sembra un'attualizzazione della medesima dinamica. Ancora, nel 2017 l'OMS è costretta a prendere posizione contro un'iniziativa della multinazionale *Philip Morris International*, produttrice di tabacco e sigarette, che ha lanciato una paradossale fondazione antifumo. Si tratta dell'ennesimo tentativo di “*whitewashing*”³⁵, e/o di mascherare dietro un approccio favorevole alla salute pubblica l'obiettivo di mantenere saldi i propri interessi e margini di profitto. Per quanto una fondazione antifumo istituita da una multinazionale del tabacco (il cui presidente, per altro, è un ex funzionario dell'OMS!) sembri quasi una *fake news*, l'OMS si è sentita in dovere di pubblicare una nota in cui raccomanda ai Paesi membri di non collaborare con la neonata fondazione, e che farlo contravverrebbe l'articolo 5.3 della Convenzione Quadro per la lotta al tabagismo che obbliga a proteggere le politiche pubbliche in salute dagli interessi commerciali (WHO 2017c).

In maniera corretta, l'approccio di salute planetaria si pone il problema dell'attuazione del cambiamento, mirando a includere nell'analisi le dinamiche e gli ostacoli a un'efficace risposta in termini di decisioni (e) politiche. Tuttavia, nessuno di questi esempi storici e attuali, estremamente documentati e già appannaggio dell'area disciplinare della salute pubblica, viene preso in esame per

35 La pratica del coprire aspetti negativi, crimini o scandali con un'immagine di facciata positiva, presentata al grande pubblico tramite i media o un qualunque tipo di propaganda.

trarre le logiche conseguenze in termini di misure da attuare e interessi da contrastare. In questo senso l'ottimismo conclusivo del rapporto non appare molto fondato, laddove si afferma che esistono oggi “opportunità senza precedenti per migliorare la *governance*, generare nuova conoscenza, e sfruttare una gamma di tecnologie che possono migliorare la salute e ridurre il danno ambientale” (Whitmee et al. 2015), come se questo potesse avvenire senza mettere in discussione i potenti interessi che hanno fin qui condizionato l'attuale evoluzione delle cose. Al contrario, nello stile che ha caratterizzato la *governance* multilaterale della salute (come illustrato nell'esplorazione precedente a proposito dell'OMS), tutti gli attori sono messi sullo stesso piano: “le domande di investitori, *shareholders*/azionisti, e società civile possono potenzialmente essere capitalizzate per sviluppare modelli di *business* sostenibili che si pongono obiettivi sociali, ambientali e commerciali” (Whitmee et al. 2015). Questo assunto è contraddetto da tutte quelle analisi che hanno mostrato come è proprio dal disaccoppiamento tra interessi commerciali (profitto) e obiettivi sociali e ambientali (equità, salvaguardia dell'ecosistema) che il capitalismo è sopravvissuto e sopravvive oggi per l'interesse di una minoranza a scapito del 99% della popolazione del pianeta (Harvey 2005). La stessa Commissione in parte lo ammette, ma senza trarne le dovute conseguenze, laddove dice che “In sintesi, l'umanità ha barattato la maggior parte dei processi di supporto e regolazione della Terra per nutrire e dare energia alla crescita e allo sviluppo della popolazione umana” (Whitmee et al. 2015).

Inoltre, esistono fondate preoccupazioni sul fatto che l'attuale sistema di *governance* messo in piedi per la tutela dell'ambiente abbia possibilità di successo. Gli Accordi sul Clima siglati a Parigi nel 2015 contengono obiettivi di riduzione delle emissioni che sono volontari per i Paesi, senza penalizzazioni per chi non li raggiunge, tanto che il presidente degli Stati Uniti Donald Trump ha dichiarato nel giugno del 2017 di volersi ritirare dall'accordo. Il che, considerato che gli Stati Uniti sono il secondo Paese al mondo per emissioni di CO₂ pro capite, e il primo in assoluto se si guarda alla cumulazione storica delle emissioni, la dice lunga sulla tenuta dell'accordo e rafforza il principio sopra dichiarato che chi ha meno contribuito più pagherà, e viceversa.

Lungi dal sembrare una congiuntura favorevole, la situazione attuale appare ancora molto segnata da una diffusa riluttanza al cambiamento trasformativo nel senso della tutela dell'ambiente e della salute, proprio da parte di chi ha maggiori responsabilità nell'averla minacciata in modo forse irreversibile. Per restare sull'esempio degli Stati Uniti, il presidente Trump ha tagliato del 30% il budget dell'Agenzia per la Protezione Ambientale, ridotto la regolamentazione sull'acqua, ripreso lo sviluppo dei principali oleodotti, invertito la rotta sulle nuove concessioni per miniere a carbone e interrotto il piano della precedente amministrazione per ridurre le emissioni di gas serra.

Benché dunque la proposta di salute planetaria sia valida perché ammette la responsabilità umana e soprattutto la contempla nel quadro di analisi nelle sue dimensioni anche strutturali, e interessante perché propone uno sguardo compless(ivo) su salute ambientale e umana con approccio fortemente transdisciplinare e attenzione ai limiti concettuali da rimuovere (per esempio, l'utilizzo di misure di

sviluppo economico o sanitario che non contemplano il prezzo pagato in termini di degrado ambientale attuale o futuro), essa rimane comunque gravemente carente nell'analisi dei processi causali e dunque dei principali ostacoli da affrontare e rimuovere. L'ottimismo riposto nella tecnologia è spiegabile quasi più in termini psicologici (necessità di trovare speranza e conforto di fronte a una situazione tanto grave) che non storici o antropologici, visto che la ricerca, lo sviluppo, la produzione e l'utilizzo delle tecnologie seguono le medesime direttrici di potere e interessi, che da un lato beneficiano gruppi particolari e non i bisogni della maggior parte della popolazione, e dall'altro sono implicate e responsabili del degrado ambientale. Esempi in questo senso sono rappresentati dagli investimenti in ricerca farmaceutica, sproporzionatamente indirizzati a condizioni patologiche prioritarie sul piano dei possibili rendimenti economici e non su quello dei bisogni di salute, mentre interi ambiti restano poco sviluppati o del tutto negletti. Lo sviluppo di nuovi antibiotici e il crescente (ma noto e preoccupante da tempo) problema della resistenza antimicrobica, per altro amplificato dai cambiamenti ambientali, sono un esempio particolarmente rilevante e attuale (WHO 2017a). Ancora, il paradosso rappresentato dal fiorire dell'industria militare, il cui contributo allo sviluppo umano deve ancora essere dimostrato, nonché il ruolo del settore come motore di progresso tecnologico e i suoi rapporti con il capitalismo e le sue crisi. Si tratta di un altro chiaro esempio delle connessioni tra tecnologia, degrado ambientale e problemi (crescenti) di salute pubblica e planetaria. Il complesso militare-industriale è tra le altre cose anche collegato (soprattutto per quanto riguarda le basi e le fabbriche militari di Stati Uniti e Russia) all'emissione di sostanze tossiche pericolose, responsabili di aumentati tassi di tumore e ridotta aspettativa di vita nelle popolazioni che vivono vicino alle basi e agli impianti (Blacksmith Institute 2014; Levy e Sidel 2008).

Un'altra dimensione del potere che è importante sottolineare è quella esemplificata dal cosiddetto "razzismo ambientale", un termine diffusosi negli anni Ottanta nell'ambito della resistenza al posizionamento di discariche tossiche in prossimità delle comunità afroamericane del Sud degli Stati Uniti (Bullard et al. 2008). Il fenomeno è generalizzato, poiché la maggior parte dei problemi di salute legati al degrado ambientale colpiscono più acutamente i gruppi storicamente oppressi, come appunto gli afroamericani negli Stati Uniti ma anche tutte le popolazioni indigene che dipendono dal legame ancestrale con la terra per la propria sopravvivenza materiale, culturale e spirituale (Ford 2012). Non è un caso che molti gruppi indigeni siano anche in prima linea nella resistenza allo sfruttamento e alla devastazione ambientale (N. Klein 2015). La protesta durata quasi un anno dalla tribù Sioux di Standing Rock, in North Dakota, contro l'installazione di un oleodotto che minaccia i diritti di accesso alla terra e all'acqua, è solo una degli esempi più noti e recenti.

Oltre che tra gruppi di popolazione nei Paesi, la dimensione del razzismo, o se vogliamo del colonialismo, si manifesta anche nella continua ingiustizia ai danni delle popolazioni dei Paesi a basso reddito. Infatti la maggior parte dei processi di estrazione, produzione e consumo responsabili del degrado ambientale sono intrinseci e funzionali agli interessi delle multinazionali e delle politiche dei Paesi a reddito elevato, mentre le esternalità ricadono in modo sproporzionato sulle

popolazioni dei Paesi a basso reddito. Per analoghe dinamiche, i rifiuti tossici che vengono prodotti in larga parte nel Nord (globalizzato) del mondo vengono sistematicamente esportati nel Sud globale³⁶, al pari delle industrie e dei lavori a maggiore rischio per salute e ambiente (Clapp e Dauvergne 2011).

Per concludere la disamina critica sulla prospettiva di salute planetaria, non resta che tornare all'origine ovvero al principale attore responsabile della creazione e diffusione del nuovo approccio, la Fondazione Rockefeller – che sul suo sito dichiara “La Fondazione Rockefeller metterà a disposizione 15 milioni di dollari per stabilire i pilastri di una nuova disciplina, in aggiunta ai 200 milioni spesi negli ultimi cinque anni” («Planetary Health: A New Discipline in Global Health» 2015). Come abbiamo visto nel capitolo precedente, nell'ambito della disamina sulle origini storiche e le forme attuali del filantropocapitalismo, la Fondazione è – per il campo della salute pubblica e della salute globale – al tempo stesso un pioniere e un protagonista. Non stupisce dunque trovarla in prima fila su questa nuova frontiera, attenta a segnare il terreno con un'impostazione che unisce una visione certamente più aperta e attenta (per esempio, alla dimensione dell'equità) a una totale mancanza di messa in discussione di quelli che sono gli assunti portanti del sistema economico di cui la stessa Fondazione, e la famiglia-impresa cui è legata, è parte e frutto. D'altro canto, la visione o teoria del cambiamento promossa dalla Commissione Rockefeller-Lancet è chiara: “L'umanità può essere guidata con successo attraverso il XXI secolo affrontando le inaccettabili disuguaglianze in salute e ricchezza all'interno dei limiti ambientali della Terra, ma questo richiede la generazione di nuove conoscenze, l'implementazione di politiche sagge, azioni decisive, e *inspirational leadership*” (Whitmee et al. 2015). Resta il dubbio di come la *leadership* che ha portato il mondo in questa situazione possa essere la principale incaricata di invertire la rotta, e perché dovrebbe meritarsi la fiducia della parte di mondo che da troppo tempo ne subisce le conseguenze.

In ogni caso, perfino da questa prospettiva – di fondo conservatrice – viene riconosciuto il ruolo giocato dai movimenti di base nella protezione di cibo, acqua, ambiente e mezzi di sostentamento, e nell'affrontare “i sistemi di cattiva *governance* e di corruzione responsabili dello sfruttamento di risorse preziose a favore delle *elite* globali” (Whitmee et al. 2015). Prendendo spunto dall'efficacia del movimento per l'accesso ai farmaci nell'abbattere i costi e aumentare l'accessibilità alle terapie antiretrovirali per l'HIV/AIDS, l'auspicio è che gli attuali movimenti crescano in coerenza, organizzazione e sinergie con il mondo scientifico e della salute, perché le evidenze “hanno bisogno di un ampio movimento per il cambiamento sociale per avere l'impatto necessario a preservare la biosfera” (Whitmee et al. 2015). E su questo, non possiamo che essere d'accordo.

36 La resistenza alle discariche e ai rifiuti industriali nell'Europa occidentale e in Nord America ha portato i Paesi ad alto reddito ad approvare regole più stringenti contro le discariche di rifiuti tossici, tuttavia la pratica continua illegalmente, anche tramite l'esportazione ogni anno di almeno 8,5 milioni di rifiuti tossici nei Paesi a basso e medio reddito, dove si trovano le più grandi discariche pericolose del pianeta (UNEP 2011).

2. Altri mondi, altri approcci

«*Il Buen Vivir promuove la cosmoconvivenza e la complementarità, la libertà e i diritti della natura, la libera determinazione delle persone e dei popoli, delle identità, corpi, sessualità e territori; è collettivo e promuove la cura della vita e il piacere, gli amori, l'allegria e le diverse maniere di esprimerla, così come la cosmoscienza sentipensante*³⁷.» (Bobatto e Marín 2016)

Come ricordato nell'introduzione a questa esplorazione, “in altri campi del sapere, e in altre tradizioni storiche e culturali, non c'è mai stato altro modo di guardare all'umano se non inserito in una sfera di senso e di sopravvivenza che è quella della *Pachamama*, la Madre Terra” (pag. 125). Faccio riferimento al paradigma noto con il nome di “*Buen Vivir*”, o “*Sumak Kawsay*” in lingua *kichwi*. Ne prenderemo qui in esame la genesi, i principali assunti nonché le interrelazioni con gli attuali movimenti sociali nel campo della salute, facendo riferimento in prima istanza alle elaborazioni interne al *Movimiento para la Salud de los Pueblos* (MSP-LA), affiliazione del PHM per la regione latinoamericana.

Il paradigma del *Buen Vivir* e i movimenti in America Latina

Per molti dei movimenti sociali in America Latina, attivi sul tema della salute e non solo, il paradigma del *Buen Vivir* rappresenta “una proposta alternativa per superare la crisi [sociale, ambientale, economica], un nuovo paradigma che supera il modello vigente. Una proposta che, benché in continua costruzione, ha la forza della pratica e della vita quotidiana dei popoli indigeni, dei gruppi di contadini e di altri gruppi che da molto tempo lavorano nella costruzione di questo nuovo paradigma, il paradigma biocentrico”; in termini ancora più espliciti, “l'alternativa al modello capitalista coloniale, alla modernità, allo sviluppo e all'estrattivismo” (Bobatto e Marín 2016). Il riferimento all'approccio coloniale è scontato in un continente che ha subito secoli di colonizzazione e sfruttamento, che tutt'ora permangono nei termini di un'importante influenza/ingerenza economica e politica e che hanno lasciato esiti pesantissimi in particolare sulla vita e la sopravvivenza delle

37 La locuzione contiene due neologismi. Il primo, “cosmoscienza” (in spagnolo, “*cosmocimiento*”), è stato proposto per la prima volta al terzo incontro continentale dei popoli originari di Abya Yala svoltosi in Guatemala nel 2007, e fa riferimento alla produzione di conoscenza in senso non antropocentrico. Secondo questa visione, tutti gli esseri hanno conoscenze, tutto è vita e sta in interrelazione. Inoltre, la cosmoscienza è collettiva e condivisa. Il secondo termine, “sentipensare”, è la fusione dei verbi sentire e pensare, ha un'origine collettiva in America Latina e riflette un processo integrale in cui fluiscono amore e vita. Indica la combinazione di ciò che viene dal cuore (sentimenti) con i processi mentali (pensieri): da questa unione originano le nostre azioni e i nostri conflitti del quotidiano.

popolazioni originarie. Citando Grosfoguel, Zibechi parla della “zona del non essere” (Grosfoguel 2012, 2013, citato in Zibechi 2015), il luogo spirituale e fisico degli “oppressi” di Fanon, “lì dove buona parte dell'umanità vive in situazioni di indicibile oppressione, aggravata dalla ricolonizzazione che il modello neoliberista comporta” (Zibechi 2015).

L'autodeterminazione e l'autonomia dei popoli è dunque parte integrante di questa visione, come riportato nella Dichiarazione di Cuenca che ha chiuso la seconda Assemblea dei Popoli per la Salute, incontro globale del PHM svoltosi in Ecuador nel 2005:

«Sappiamo che il Buen Vivir millenario può salvare il pianeta, le cosmovisioni emancipatorie dei popoli originari si rivitalizzano, si ricostituiscono e possono essere la base dei progetti politici dei popoli dopo 521 anni di resistenza. Andiamo verso la libera autodeterminazione e autonomia dei popoli e in questo cammino, dal Movimento dei Popoli per la Salute, cerchiamo di contribuire a costruire la sovranità in salute dei nostri popoli.» (PHM 2005)

In lingua *kichwi* o *runa shimi*, si parla di “*Sumak Kawsay*”, e spesso si usa questo termine al posto della più diffusa traduzione spagnola “*Buen Vivir*”. *Sumak* significa pienezza, completo, realizzato, bellezza, eccellenza; *Kawsay* significa vita, esistenza, convivenza. Il significato è dunque: “vita o esistenza piena, o pienezza di vita”, eccedente rispetto a quello di “buona vita” nell'ambito dell'umano e comprendente dimensioni sul piano etico, estetico, cosmologico e olistico; una forma di esistenza piena, equilibrata, modesta, armonica, che si raggiunge collettivamente coltivando relazioni di reciprocità con tutti gli esseri viventi (Maldonado Ruiz 2011, citato in Bobatto e Marín 2016). Ancora, “un progetto politico di vita; il processo di soddisfazione e benessere collettivo per potenziare la vita in equilibrio della natura e del cosmo, per raggiungere l'armonia” (Confluencia Nuevo B'aqtun 2014).

È evidente quanto lontana sia questa visione da quella che ha caratterizzato le società occidentali, in particolare nell'epoca dello “sviluppo”³⁸ capitalista. Una visione fondata sull'individuo consumatore, essere razionale (scissione mente-corpo) che si muove in funzione dei propri bisogni in base a calcoli di interesse privato. Uomo ridotto a uomo economico, o commerciale. E per rivalutare la socialità, elemento che ci connota come specie (l'uomo è animale sociale) e ha garantito nei secoli la nostra sopravvivenza, la si è dovuta assimilare agli elementi di mercato nominandola “capitale sociale”. L'interdipendenza con l'ambiente, invece, è ancora largamente ignorata e sconosciuta se non fosse per le drammatiche “ribellioni” della natura a cui assistiamo sempre più frequentemente sotto forma di uragani, incendi, inondazioni, siccità, ondate di calore, preoccupanti e persistenti livelli di inquinamento atmosferico. In ogni caso, sul fronte delle soluzioni molti continuano a seguire l'idea che l'uomo, con il suo ingegno, può dominare la natura, e invocano maggiore

38 Uso il termine tra virgolette perché, connotando in modo unidirezionale l'andamento delle società umane, si selezionano i parametri da misurare (PIL, aspettativa di vita) tralasciando le cosiddette “esternalità”, ovvero gli effetti sull'ambiente e sulla natura. Una lettura critica direbbe che, a fronte di sviluppi in certe aree dell'umano (es. tecnologia) vi sono state innegabili perdite e devastazioni in altre aree (es. pianeta).

tecnologia e nuovi strumenti di controllo dell'ambiente in grado di contrastare gli effetti nocivi delle devastazioni compiute (Whitmee et al. 2015).

Il paradigma biocentrico, già dal nome, sottolinea la netta discontinuità con questo approccio:

«Il Sumak Kawsay implica, fin dalla sua formulazione, una rottura radicale con la cultura occidentale, con le idee di progresso e di sviluppo, con la modernità. È un'arte [...] che presuppone l'armonia con la natura, considerata come una madre dalla quale dipendiamo e con la quale non possiamo stabilire una relazione di concorrenza o di dominio.» (Zibechi 2015)

La visione, profondamente spirituale, politica ed economica, concepisce l'uomo come parte del cosmo e propone una vita in armonia della persona con se stessa, con chi le sta intorno e con la natura. Tutte le persone sono natura e stanno in relazioni di interdipendenza, esistiamo a partire e attraverso le altre persone³⁹, tutto è interconnesso e complementare (Bobatto e Marín 2016). All'opposto del modello del cittadino-consumatore, il *Buen Vivir* propone una vita più semplice, orientata al vivere meglio con meno, godendo del piacere della convivenza tra persone e con la natura e adottando autonomia ed eteronomia come pratiche di libertà. Un'esistenza basata sul rispetto per tutto ciò che rende possibile la vita, dunque sapere vivere e saper con-vivere.

In maniera significativa, si sottolinea che la ricerca di armonia non significa ignorare o eliminare i conflitti e le differenze sociali ed economiche. Al contrario, proprio in relazione all'ordine egemonico vigente, quello capitalista basato su un modello antropocentrico, si afferma un'alternativa necessariamente in opposizione, come illustrato dalla tabella seguente.

Paradigma antropocentrico	Paradigma biocentrico
----------------------------------	------------------------------

³⁹ In questo senso la visione si approssima molto al concetto, originario dei popoli dell'Africa Sub Sahariana, di *ubuntu*: sono ciò che sono per/attraverso gli altri, l'idea di un legame universale di scambio che unisce l'intera umanità. Non a caso, il termine è stato utilizzato per dare il nome a uno dei primi esperimenti di utilizzo su scala globale di *software* libero, fondato sul principio della condivisione del sapere tramite l'accesso ai codici sorgente. Si tratta di uno degli esempi più evidenti dell'efficacia di processi non mercantilistici di innovazione e produzione di bene collettivo.

Separati dalla natura	Siamo natura
Patriarcale	Matristico
Manipolazione, dominazione, controllo	Auto-eco-organizzazione, emergenza, incertezza
Relazioni piramidali	Relazioni orizzontali
Competere	Cooperare
Capitalismo, utilitarismo, mercantilismo	Solidarietà
Possedere	Essere-stare
Razionalità senza tenerezza	Tenerezza e autenticità
Dualista	Olistico
Riduzionismo, descrizione della natura	Ecosistemico, sintesi
Analisi e specializzazione	Transdisciplinarietà
Positivismo e pensiero unico	Soggettività e razionalità multiple
Meccanicismo	Tessuto vitale
Dipendenza	Autonomia e libertà
Sfruttamento, esclusione, estinzione	Rispetto, inclusione, equità, sostenibilità vitale

Tab. 2. Differenze tra il paradigma antropocentrico e il paradigma biocentrico (tradotto e adattato da Bobatto e Marín 2016).

Il *Buen Vivir* pone la sfida di destabilizzare e sovvertire l'ordine patriarcale, coloniale e capitalista, mettendo radicalmente in discussione le forme di dominazione, sottomissione, controllo, saccheggio e violenza. Si tratta di una sfida quotidiana per le persone, le istituzioni e le organizzazioni che devono decolonizzare e depatriarchizzare le proprie pratiche, liberandosi al tempo stesso dalle diverse forme di oppressione così da portare giustizia a favore dei popoli, delle donne e della Madre Terra. Non si tratta (solo) di un modello intellettuale o di una proposta politica, ma prima di tutto di una pratica di vita che è già in atto in diverse regioni e tra diversi gruppi sociali; implica pertanto la possibilità di apprendere da realtà, esperienze, pratiche e valori presenti in molti luoghi, sparsi in mezzo alla società capitalista (Bobatto e Marín 2016). In questo senso più ampio, il concetto di *Buen Vivir* non è ancorato storicamente solo al mondo indigeno della regione andina, ma ha collegamenti ampi con altri principi e approcci di ispirazione ecologista, femminista, cooperativista, marxista e umanista (Bobatto e Marín 2016).

«Da queste lotte [femministe] abbiamo appreso che i nostri corpi sono anche i nostri territori, e che difenderli e prenderci cura di essi è una componente fondamentale e integrale dei territori di vita che stiamo difendendo e nutrendo. La diversità è la base di tutte le forme di vita e anche di resistenza. [...] Riparando e guarendo i territori possiamo proteggere la salute collettiva e assicurare una vita in salute per le nostre popolazioni.» («Declaration of Rosario» 2017)

Come fa notare Zibechi, i richiami al femminismo non identificano semplicemente un problema di genere. Facendo riferimento alla cosmovisione dei popoli *aymara*, il cambiamento non consiste

nell'annientamento del nemico, ma nel *pachakutik*, il capovolgimento cosmico, il mondo rovesciato. In quest'ottica, il patriarcato è visto come un modo di ostacolare e impedire la circolazione dell'energia sociale: “solo quando il patriarcato comincia a sgretolarsi, comincia a fluire l'energia creativa” (Zibechi 2015).

Proponiamo di seguito, tradotto dall'elaborazione del *Movimiento para la Salud de los Pueblos* (Bobatto e Marín 2016), un glossario che aiuta a definire alcuni dei termini fin qui utilizzati.

Integralità: *intesa come una rete complessa nella quale gli esseri e le relazioni sono interconnesse e interdipendenti. Si concepisce l'esistenza come un tutto in equilibrio. A questa relazione stretta tra tutti gli esseri, fenomeni, ambiti, aspetti si dà il nome di “cosmoconvivenza”.*

Collettivo: *si riconosce la vita in tutto ciò che esiste nel cosmo. Tutti gli esseri hanno, tra di loro, la responsabilità di prendersi cura della vita. Si ricerca la vita in comunità, dove tutte le persone che ne fanno parte si preoccupano di tutte e tutti. Significa prendere in considerazione l'individualità, la libertà, l'impegno per la pienezza di tutto ciò che genera vita. Implica la costruzione di obiettivi e patti comuni, considerando gli interessi e le necessità di chi ne prende parte.*

Complementarietà: *siamo parte di un tutto, siamo incompleti senza l'altro. Tutti gli esseri, ogni entità e ogni avvenimento hanno come controparte un complemento, come condizione necessaria per essere completi, capaci di esistere e agire.*

Libertà e diritti della Madre Natura: *la Madre Natura ha e dà la vita in modo permanente in accordo con i propri cicli vitali, e la vita umana è in equilibrio e armonia con essa. L'azione umana non la danneggia e non provoca la distruzione del cosmo, della Terra e degli esseri che la coabitano. Significa intendere la natura come soggetto di diritti e non come oggetto di proprietà.*

Autonomia delle persone e dei popoli: *implica la possibilità e la capacità di esercitare la libera determinazione dei nostri corpi, delle nostre vite e dei territori che rendono possibile la pienezza della vita. È la forma di organizzazione indipendente che garantisce l'esistenza, la soddisfazione delle necessità comuni, nella ricerca di equilibrio, attraverso la cura e la riproduzione della vita. È necessario promuovere percorsi per ricercare la pienezza e la realizzazione individuale nella costruzione di comunità sane e armoniche. Promuovere l'autodeterminazione, la cosmoconvivenza, la cosmoscenza, la reciprocità e la cura.*

Rispetto delle differenze: *rispettare l'altro senza discriminazione o sottomissione. Si propone il rispetto: poiché ogni cultura o regione ha una forma diversa di pensare, per vivere bene e in armonia è necessario rispettare queste differenze. Si cerca il consenso*

tra tutte le persone, benché vi siano differenze: nel momento del dialogo si arriva a un punto neutrale, nel quale tutte si possono ritrovare evitando il conflitto. Si ricercano soluzioni a partire dal diverso, non dall'unico.

Equilibrio con la natura: la caratteristica centrale del Buen Vivir è la cura della rete della vita (tutte le forme di vita), a partire dagli accordi con la madre natura, l'equilibrio, la collettività. Condurre una vita di equilibrio con tutti gli esseri all'interno di una comunità. La cosa più importante è la vita e l'armonia delle persone con la natura. Si cerca una vita più semplice. Si auspica una società con equità e senza esclusione.

Difendere l'identità: valorizzare e recuperare l'identità personale dei popoli. L'identità implica godere a pieno di una vita basata su valori che sono stati patrimonio delle famiglie e delle comunità che hanno vissuto in armonia con la natura e il cosmo.⁴⁰

Promuovere il piacere, l'allegria e le diverse forme di esprimerla: arte, danza, ozio, ricreazione, salute. Cercare spazi e tempi per condividere il gioco, la gioia dello scambio, la danza, la creatività in tutti gli spazi della vita, così come per la conoscenza e i saperi. Un'importanza speciale è data alla celebrazione di ogni momento della vita delle persone e delle comunità. È festivo, celebrativo, allegro.

Costruzione collettiva della conoscenza: la costruzione della conoscenza non è concepita come il compito di un gruppo di specialisti, ma come parte di uno sforzo collettivo che, mentre si realizza, costruisce gli stessi soggetti come attori e creatori della storia. Per costruire conoscenza partiamo da conoscenze pregresse, nate da pratiche esistenti nei nostri popoli. In questo sforzo collettivo, il lavoro e la produzione degli intellettuali, degli specialisti in una o l'altra forma di conoscenza, si integrano nel compito più generale, e questo permette che la propria opera si arricchisca attraverso i molteplici sguardi che completano, criticano, problematizzano una prospettiva individuale⁴¹.

40 A questo proposito, Zibechi nota: "Ramon Grosfoguel indica che 'nella zona dell'essere l'antiessenzialismo radicale e la destabilizzazione delle identità sono un metodo 'decoloniale' nella misura in cui le identità sono state esagerate come superiori' (Grosfoguel 2013, citato in Zibechi 2015). Però lì dove le identità sono negate, inferiorizzate o svalutate dalla colonialità del potere, l'antiessenzialismo' impedisce ai popoli di ricostruire le loro identità, i loro saperi, le loro forme di vita e le loro conoscenze. Si trasforma in un elemento del fatto coloniale." (Zibechi 2015).

41 "Se il centro è occupato dall'intellettuale/partito, tutto il lavoro finisce per consolidare questo luogo. Quando il centro è occupato dalla gente del movimento, l'intellettuale tende ad essere un membro qualsiasi del gruppo. La domanda centrale è: cos'è un movimento? Se concepisce se stesso come un'organizzazione o un'istituzione, mette in azione le gerarchie tradizionali. In questo momento cerchiamo di formulare nuove definizioni che diano priorità all'aspetto del muover-si, allontanar-si dall'identità e dal luogo materiale o simbolico ereditato. In un movimento vero, i membri cambiano luogo. Questo è stato l'insegnamento delle femministe e degli indigeni. Non è movimento quello che, come i sindacati, occupa e ingloba il posto del lavoratore in relazione col capitale. Per questo motivo, anche noi intellettuali dobbiamo metterci in moto. Dobbiamo muoverci da questo luogo che si ritiene al di sopra della gente." (Zibechi 2015).

Vita in pienezza: nel quotidiano, nel trascendente e nella natura. Decolonizziamo, depatriarcalizziamo, ricostruiamo, ricostituiamo e costruiamo la vita in pienezza. Si cerca di eliminare le pratiche e le idee di oppressione, distruzione e sfiducia.

Riprendiamo Abya Yala: terra matura, terra viva, terra in fiore. Auspicare e proporre che i popoli si uniscano in una famiglia. Che tutti i Paesi si ricostruiscano in quella che ancestralmente era considerata come una grande comunità. “Come spazio permanente di legame e scambi, dove convergono esperienze e proposte perché – insieme – affrontiamo le politiche della globalizzazione neoliberista e lottiamo per la liberazione definitiva dei nostri popoli fratelli, della Madre Terra, del territorio, dell'acqua e di tutto il patrimonio naturale per vivere bene.” («Declaración de Iximche» 2007)

Buen Vivir e salute

Da quanto sopra esposto, e dalle connessioni formulate in precedenza tra capitalismo e visione occidentale sulla salute e sulla vita (che trovano massima espressione nel complesso medico-industriale), è evidente che l'approccio del *Buen Vivir* si propone anche come una visione alternativa di salute. Che, come vedremo, pur richiamando in alcuni tratti il costrutto della salute planetaria sopra descritto, se ne distingue per almeno due tratti fondamentali.

Adottando l'approccio biocentrico, la salute è vista come un processo integrale, che collega il nostro essere con il tutto (Bobatto e Marín 2016). Il diritto alla salute è dunque il diritto a vivere in pienezza. Per le relazioni di interdipendenza sopra descritte, ciò significa necessariamente porre al centro la “salute degli ecosistemi”, e in questo vi è la principale analogia con la salute planetaria. Tuttavia, vi sono due importanti distinzioni:

- 1) la malattia non è vista come il contrario della salute, bensì come qualcosa che fa parte del divenire vitale, dunque un processo auto-organizzativo centrale alla stessa esperienza di vita;
- 2) la salute deve essere nelle mani della comunità, parte del processo di soggettivazione e presa di potere/controllo delle persone sulla propria vita, collettività, territorio.

In coerenza con questi assunti, dal punto di vista della cura l'approccio del *Buen Vivir* promuove l'incorporazione delle diverse pratiche ancestrali dei popoli originari, fondate sulla medicina naturale, l'utilizzo delle piante, dei semi, dei fiori, l'alimentazione salutare, e in generale sul rispetto dei diversi approcci alla cura. Da qui, si cerca un'integrazione con la medicina occidentale in un senso di complementarità⁴².

42 Questo aspetto è – a mio avviso – ancora molto poco sviluppato nelle sue implicazioni epistemologiche (la medicina occidentale è di fondo positivista e non ammette l'esistenza di più mondi o razionalità) e politiche (la medicina occidentale incarna un sapere-potere connesso al e dipendente dal potere economico-politico nella sua forma attualmente egemonica, quella capitalista; è possibile/pensabile una medicina come la conosciamo fuori dal

La tabella che segue aiuta a identificare i principali elementi che distinguono l'approccio alla salute all'interno del paradigma biocentrico. Si potrà vedere come, fatta eccezione per la prospettiva dell'interdipendenza uomo-ambiente, la salute planetaria si collochi per molti aspetti pienamente dentro il paradigma antropocentrico. Questo è coerente con l'analisi fatta precedentemente, e la sottolineatura di come tale approccio – per quanto innovativo – non pone in discussione l'ordine economico produttore dell'attuale stato di cose, proponendosi di riformarlo mediante l'adozione di una razionalità più eco-compatibile.

La salute nell'antropocentrismo	La salute nel paradigma biocentrico
Problema medico	Principio vitale
Modello di normalità	Processo di apprendimento continuo
Espropriazione del corpo	Coscienza di ciò che siamo, di ciò che sappiamo e possiamo dall'“inter-essere” ⁴³
Cosa o merce (quantificabile)	Allegria ⁴⁴ (qualificabile)
Dipendenza	Libertà
Omogenizzazione	Singolarità
Malattia come guasto	Malattia come linguaggio vitale
Biologica, statica, solo individuale	Integrale, dinamica e universale

Tab. 3. La salute nel paradigma antropocentrico e in quello biocentrico (tradotto e adattato da Bobatto e Marín 2016).

Una declinazione più articolata della visione di salute nel paradigma biocentrico è stata formulata in una recente conferenza internazionale svoltasi a Rosario, in Argentina, dal titolo “*Madre Tierra: una sola salud*”. Benché il richiamo sia alla “*One Health*” descritta nei paragrafi precedenti, il riferimento alla *Patchamama* indica chiaramente che la direzione è ben più radicale, e radicata nella tradizione di pensiero e pratica dei popoli originari. Nella dichiarazione finale dell'incontro si posiziona la salute umana come un riflesso della salute del pianeta, in cui la nostra “casa” Madre Terra è vista come un macro-ecosistema che ospita milioni di ecosistemi interconnessi. La diagnosi dello stato attuale (malato) del pianeta è ricondotta al sistema di produzione e consumo di tipo industriale e alla ricerca sfrenata di profitto, responsabili di problematiche interconnesse a livello di salute fisica e mentale, strutture economiche, politiche ed ecosistemi. Il sistema agroalimentare basato sullo sfruttamento e la produzione industriale, l'estrattivismo, la mercificazione della salute (esemplificata da sistemi sanitari remunerati in base alla malattia, e non alla produzione di salute), e

capitalismo?).

43 Si intende con “inter-essere” la consapevolezza dell'interdipendenza tra tutte le cose – animate e inanimate, presenti e passate – dell'universo.

44 La parola “allegria” (letteralmente, “livello di allegria che circola nel sangue”) origina da scambi con donne contadine del nord dell'Argentina, e poi di altri luoghi, su quelle che sono le necessità di base per la vita: aria, acqua, alimenti, abitazione, amore, arte, apprendimento. A partire da queste riflessioni, si è messa in discussione la definizione di salute come “stato di normalità”, intendendola piuttosto come un processo che può essere ogni volta più salutare, misurabile in base al livello di allegria manifestata nel quotidiano.

lo stretto oligopolio di compagnie transnazionali che dominano questi ambiti, sono chiamati in causa come i meccanismi da affrontare, smantellare e sostituire. La produzione incontrollata di rifiuti è presa come esempio lampante di “una società che si è disconnessa dai cicli ecologici vitali, ha perso il controllo del proprio metabolismo per divenire facilitatrice della propria morte” («Declaration of Rosario» 2017).

Come fa notare Breilh, una delle voci più radicali e innovative della Medicina Sociale latinoamericana, il fatto di collegare la produzione di vita e salute (o di vita in salute) al più ampio metabolismo società-natura e alla relazione di accumulazione è essenziale per comprendere le dinamiche di riproduzione sociale del capitale. A sua volta, questo è un passaggio chiave per emanciparsi dal paradigma ecologico funzionalista della salute pubblica che nasconde il sistema di interconnessioni tra struttura capitalista, salute e ambiente (Breilh 2011).

Buen Vivir e cambiamento sociale

«Si tratta di sviluppare la potenza dell'amore alla vita, un amore che non si lascia creare in maniera artificiale. Quel tipo d'amore che forse potrà rinascere solo quando il timore dell'autodistruzione dell'umanità ci obbligherà ad anteporre la responsabilità al capriccio dei nostri desideri.» (Zibechi 2015)

Sull'approccio del *Buen Vivir* come possibile via di uscita dalle crisi interconnesse legate allo sviluppo capitalista si sono costruite politiche (e retoriche) di cambiamento sociale, soprattutto – come ci si aspetta – nei Paesi dell'America Latina. Gli esempi più importanti sono rappresentati dai processi avviati dai governi di sinistra in Ecuador (Rafael Correa) e in Bolivia (Evo Morales), nel solco delle elaborazioni e pratiche dei movimenti sociali che li hanno portati al potere nell'ultimo decennio. Le nuove costituzioni dei due Paesi, approvate rispettivamente nel 2008 e nel 2009, includono i principi del *Buen Vivir* e la natura come soggetto di diritto. Tuttavia, i governi che le hanno volute continuano a puntare sullo sfruttamento degli idrocarburi, e avvallano progetti ad altissimo impatto ambientale come le miniere a cielo aperto, nonostante la decisa contestazione dei movimenti indigeni di entrambi i Paesi (Torres-Tovar e De Vos 2013; Zibechi 2015).

Breilh parla a questo proposito di “un contesto di paradossi”: governi portati al potere da processi di opposizione popolare al modello neoliberista, e che si definiscono democratici, uniscono dichiarazioni radicali da parte dei loro *leader* alla persistenza o al consolidamento di approcci capitalisti centrati sul vantaggio monopolistico della produzione di larga scala e sull'estrattivismo (Breilh 2011). In altre parole, sono cambiati i regimi discorsivi ma non la struttura produttiva che sottende l'insostenibilità ambientale e sociale del modello egemone. Non si toccano così le due criticità, o condizioni strategiche, necessarie per una reale trasformazione: da un lato, una graduale

dissoluzione dello Stato centrale verso forme di controllo del potere che siano sociali e pubbliche, non stataliste o centraliste; dall'altro lato, la costruzione di nuovi modelli di civilizzazione che sostituiscano l'attuale, basato sugli idrocarburi e sull'estrazione di risorse, processi che hanno finora (anche) finanziato e supportato l'espansione materiale dello stato sociale (Breilh 2011).

Si accenna qui a un altro paradosso, ovvero al fatto che le politiche estrattiviste hanno da un lato creato una crescente polarizzazione sociale ed economica, e dall'altro prodotto rendite che hanno consentito la messa in atto – soprattutto ad opera dei governi progressisti della regione – di politiche sociali rivolte ai settori più vulnerabili. Un apparato filantropico che svolge la stessa funzione di contenimento sociale svolta dal *welfare state*: “Non vi è estrattivismo senza che vi sia una strategia dello Stato per mitigare la povertà. Non per ansia di giustizia o filantropia, ma per evitare la protesta generata dall'aumento della povertà causata precisamente dall'estrattivismo” (Zibechi 2015).

Estendendo l'analisi ai movimenti che hanno intrapreso strade di cambiamento del modello capitalista, Breilh sostiene che siano stati ottenuti sostanzialmente risultati di mitigazione della patogenicità del sistema, per esempio in termini di distribuzione della ricchezza⁴⁵, migliori condizioni di lavoro, accesso ai servizi, democratizzazione delle istituzioni. Tuttavia, il cambiamento non ha mai interessato, o raggiunto, il modello di civilizzazione del capitalismo e gli stili di vita malsani associati al prevalere dell'accumulazione di capitale sulla riproduzione degli individui e della vita (individualismo, mercantilismo, consumismo, preminenza del valore di scambio sul valore d'uso, ecc.) (Breilh 2011). In altre parole, Breilh sostiene – a ragione – che le condizioni per la diffusione e la sostenibilità futura di altre forme di vita sociale, coerenti con i principi del *Buen Vivir*, non sono ancora presenti. E questo è in parte imputabile anche al fatto che i movimenti sociali e politici “di sinistra” non hanno promosso tecnologie orientate alla vita, restando vincolati a quelle rivolte all'accumulazione per dinamiche di sussunzione tanto materiale quanto simbolico-culturale (Breilh 2011). A proposito di questo secondo aspetto, Zibechi fa notare che “Il capitale continua a confondere le nostre menti e i nostri cuori, infettando i nostri corpi attraverso una capacità d'attrazione così potente da star distruggendo non solo l'umanità ma l'intero pianeta. Non si tratta di distruggere il capitale per superare questa situazione. Il capitale alberga dentro di noi.” (Zibechi 2015).

È dunque importante agire sui due fronti, tanto quello materiale (nuove forme di produzione) quanto quello simbolico (affermazione della possibilità di forme alternative di vita, compatibili con la sopravvivenza del/nel pianeta). A tal proposito è utile il concetto di “difesa simbolica”, riferito alla costruzione di una cultura diversa, basata su pratiche diverse da quelle egemoniche,

45 Su questo aspetto ci sarebbe da riflettere, visto il recente “*Billionaires Report*”, il rapporto annuale della banca privata UBS e della società di consulenze finanziarie PcW sulle persone più ricche della terra. L'indagine afferma che lo scorso anno i miliardari del pianeta hanno aumentato il proprio patrimonio collettivo di un quinto, tanto che dai tempi dell’“età dorata” del capitalismo dei primi del Novecento non c’era mai stata una tale concentrazione di ricchezza nel mondo. Da notare che lo stesso rapporto mostra preoccupazione per le conseguenze sociali e politiche di una concentrazione di ricchezza di tale portata («New value creators gain momentum» 2017).

sufficientemente forte “da fare in modo che i sogni egocentrici di consumo e di potere con i quali il capitale seduce siano dissolti da un'etica della vita” (Zibechi 2015).

Sulle dinamiche possibili di cambiamento, sempre Zibechi ci offre due suggestioni. In primo luogo, citando Quijano, evidenzia come nel pensiero eurocentrico il tutto mantiene un primato assoluto sulle parti, e una sola logica governa entrambi. Tuttavia, “le totalità storico-sociali sono articolazioni di elementi eterogenei, discontinui e conflittuali, in modo che quella totalità non è un sistema chiuso, una macchina e, pertanto, i suoi movimenti non possono essere unidirezionali; non si può muovere come un tutto perché coesistono logiche di movimento molteplici ed eterogenee” (Quijano 2000, citato da Zibechi 2015). Di conseguenza, i processi storici di cambiamento non possono consistere nella trasformazione di una totalità in un tutto differente; al contrario, “il cambiamento colpisce in modo eterogeneo, discontinuo, le componenti di un campo storico di relazioni sociali” (Quijano 2000, citato da Zibechi 2015).

La seconda suggestione torna fortemente a fare riferimento alle cosmovisioni indigene, in particolare al tempo circolare contrapposto a quello lineare dello sguardo occidentale:

«Quando un leader indio dell'Ecuador dice: “Camminiamo sopra le impronte dei nostri progenitori”, sta spiegando che è il passato che ispira l'azione. Il motore dell'azione è il passato, non il futuro come postula la modernità. Per questa cosmovisione, il tempo non è teleologico. L'intenzione [della rivoluzione] non è quella di creare un mondo nuovo, ma di recuperare un mondo perduto: ripristinarlo, riordinarlo, ristabilirlo, preservarlo dalla distruzione. Non sotto un ordine statale, ma sotto un ordine cosmico. Si tratta di riallinearsi ad un ordine superiore che è il mondo nella sua totalità, la natura, il cosmo, l'universo, quali che siano i suoi nomi.» (Zibechi 2015)

L'invito è allora quello a rafforzare gli spazi locali, e supportare i gruppi che da tempo mantengono o perseguono forme differenti di sostenersi e organizzarsi offrendo risposte e alternative a questo sistema, per quanto embrionali e frammentate. Un esempio è l'ambito della sovranità alimentare, basata su agricoltura agro-ecologica di piccola scala, locale, diversificata, e in armonia con la natura. Se siamo ciò che mangiamo, il cibo non ha solo proprietà nutritive a livello biologico ma è strumento di connessione con le altre persone e con l'ambiente, nonché con le tradizioni ancestrali dei territori: “la sovranità alimentare si esprime nelle lotte di tutte le persone che difendono la propria terra, le proprie risorse naturali, i propri semi e i propri sistemi di vita” («Declaration of Rosario» 2017).

Al tempo stesso, è necessario pensare a risposte globali che possano interferire con il sistema di norme e pratiche che organizza la produzione insostenibile e ne trae profitto tramite la speculazione finanziaria (Bobatto e Marín 2016). Si tratta di superare, ancora una volta, la visione individualistica che vede la risposta ai problemi ambientali come la scelta di un consumatore responsabile, che può salvare il pianeta comprando un'auto elettrica o cambiando una lampadina. Al contrario, i movimenti per la giustizia ambientale pongono al centro delle proprie rivendicazioni la

questione della disuguaglianza, strutturalmente generata, e hanno come obiettivi gli interessi dei grandi gruppi industriali dei settori agricolo, energetico, minerario, ecc. Un esempio recente e in atto è la campagna globale per “reclamare la sovranità dei popoli, smantellare il potere delle *corporation* e fermare l'impunità”, una rete di oltre duecento movimenti sociali, reti, organizzazioni e comunità colpite che resistono ai processi di sottrazione delle terre, estrattivismo, sfruttamento del lavoro, distruzione ambientale portati avanti dalle multinazionali soprattutto in Africa, Asia e America Latina («Stop corporate impunity» 2017).

Infine, intendere e posizionare la natura come soggetto di diritto significa costruire un nuovo concetto di cittadinanza, radicata nell'ambito sociale come in quello ambientale. Il concetto originario di cittadinanza concepisce l'individuo come indipendente e isolato, e il concetto di libertà nella sua accezione “patriarcal-capitalista-mercantile” nega il tessuto sociale e la necessaria interdipendenza tra persone e tra persone e ambiente (il nostro essere collettivo). A questo si contrappone un concetto di cittadinanza che difende e si prende cura della vita in modo collettivo, creando vincoli sociali ispirati alla visione matristica (Bobatto e Marín 2016). Nuovamente, il riferimento è a una cosmovisione differente, che Zibechi definisce appunto “femminile e matristica [...] olistica, relazionale; si basa sulla complementarità degli opposti e sulla reciprocità. È una cultura della vita, emancipatrice, che non conosce relazioni soggetto-oggetto, ma una pluralità di soggetti.” (Zibechi 2015).

3. Un mondo da scoprire

*«Sì, si sa che ci sono delle problematiche, come in tutto questo Paese, ma si continua a far finta di niente proprio perché poi c'è un modello economico da mandare avanti.»
(Intervista Officine Tarantine, 12 giugno 2015, Taranto)*

Dopo aver preso in esame le connessioni tra salute ambientale e salute umana, e aver discusso le prospettive che – in America Latina soprattutto – animano i movimenti nel tentativo di proporre alternative materiali e simbolico-culturali all'attuale modello di sviluppo, distruttore del substrato organico che consente la nostra esistenza, vediamo ora cosa è stato messo in luce dalla ricerca-azione per quanto riguarda il contesto italiano. Come per le altre esplorazioni, mi troverò anche a indicare disconnessioni, vuoti e mancanze oltre che emergenze di nuovi discorsi e pratiche. Infatti, la questione ambientale e quella della salute non sono (ancora) così unite, e si riproduce nei movimenti una scissione di competenze, ambiti, discorsi e azioni.

Ambiente e salute nella ricerca-azione in Italia: il ruolo dei territori

«Tutti quanti parliamo sempre di autogestione ed è bellissimo, però è un'autogestione che fa riferimento solamente all'ambito individuale; ma cominciamo a ragionare in termini produttivi, per cui se 'sti pezzi li mettiamo insieme...» (Intervista Genuino Clandestino B, 7 giugno 2015, Torino)

Come abbiamo avuto modo di ricordare nelle sezioni precedenti, la ricerca-azione in Italia non ha rappresentato un'inchiesta sistematica degli ambiti di movimento interessati al tema della salute ma, in coerenza con i principi e l'epistemologia di fondo dell'approccio di ricerca-azione partecipativa, ha dato spazio e centralità agli interessi del gruppo-soggetto e delle persone che ne fanno parte. In questo senso, una prima considerazione verte sul fatto che, tra gli ambiti emersi come interessanti da esplorare, non ve ne fossero di specificatamente riconducibili alla questione ambientale nella sua declinazione planetaria (cambiamenti climatici e fenomeni connessi). D'altro canto, abbiamo avuto modo di sottolineare come le radici culturali del gruppo di ricerca si situino nel mondo della salute globale, un approccio che – pur ampliando notevolmente lo sguardo concettuale e disciplinare sulle problematiche di salute – non pone al centro l'interdipendenza tra salute umana e integrità ecosistemica. Le declinazioni ambientali si sono dunque orientate piuttosto sui rapporti tra persone, movimenti e territori. Complessivamente, degli ambiti di movimento raggiunti dalla ricerca-azione

almeno tre si situano agli intrecci tra ambiente e salute: sovranità alimentare e difesa dei territori; salute, ambiente e lavoro; grandi opere “dannose, inutili e imposte”.

Del primo abbiamo in parte parlato nel capitolo precedente, tra le forme di riappropriazione che contrastano la dilagante mercificazione degli ambiti di vita. Riprendiamo qui il discorso per sottolineare quanto le implicazioni di salute siano articolate all'interno dei movimenti per la sovranità alimentare e la difesa dei territori, anche se tendono a declinarsi più sul contesto locale e sullo “stile di vita” che in narrative ecosistemiche e di sostenibilità generale come abbiamo visto per il contesto latinoamericano.

Se l'ambito più scontato di motivazione all'azione è che sovranità alimentare significa cibo più sano (meno inquinato, perché senza additivi chimici, e meno inquinante, per la produzione rispettosa dell'ambiente e perché consumato in prossimità della zona di origine – il cosiddetto “chilometro zero”), non mancano i riferimenti alla riappropriazione di territorio come costruzione di relazioni (con l'ambiente e con le persone) e di autodeterminazione, elementi altrettanto importanti della vita in salute. Anche in assenza di un'articolazione concettuale più ampia, i concetti di “diritto a esistere” e “cura del territorio” – declinati in chiave locale – rimandano alla relazione con l'ambiente in cui si vive come determinante di salute, in senso reciproco.

«...Genuino Clandestino, essenzialmente, racchiude delle persone che rivendicano il diritto ad esistere, quindi ad avere una relazione con il proprio territorio, con la terra, con l'acqua per procurarsi da vivere, scambiarsi le relazioni e le cose senza troppe sovrastrutture [...]. Quindi la salute entra nel merito del cibo che viene prodotto dalle persone che decidono di prendersi cura del territorio e dalla cura del territorio stesso.» (Intervista Genuino Clandestino A, 16 febbraio 2015, Bologna)

«Per definizione già utilizzando questo tipo di alimentazione sicuramente rispetto ai danni che porta un mangiare “food spazzatura”, o comunque tutto quello che viene dalla grande distribuzione, già secondo noi in termini non soltanto di salute e salubrità del prodotto, ma anche in termini di salubrità esistenziale e sociale perché in piazza non portiamo semplicemente un prodotto, tant'è che quando parlavamo di “piazza dei beni comuni” nel nostro immaginario è proprio l'agorà, la piazza in cui il primo elemento è la relazione [...]. In questo scambio non c'è soltanto uno scambio di relazioni, di conoscenze, di esperienze ma c'è anche un cambio di cibo e quindi mangi e pensi sano.» (Intervista Genuino Clandestino B, 7 giugno 2015, Torino)

La rilevanza della tematica relazionale, e del costruire una rete (di) alternativa rispetto al mondo regolato dal mercato, di supporto politico reciproco, è tale da competere con i criteri più strettamente ecologici come quello del chilometro zero. Benché le posizioni sul tema non siano univoche, molte persone fanno riferimento a una territorialità fatta di relazioni sociali e politiche (o “territorialità affettiva”, come è stata efficacemente definita nell'intervista alla cooperativa MAG6 di Reggio Emilia), più che strettamente determinata dalla geografia.

«Il km0 per noi non è, non dev'essere una questione ideologica... a Vicenza ad un tavolo si diceva una cosa molto interessante: "il km0 per noi significa non una questione puramente geografica, significa anche una relazione stabilita con una realtà che non è vicina ma è lontana ma è importante sostenere" [...] Quindi per noi il km0 è un concetto un pochino più ampio che è fatto di relazioni sociali e politiche.» (Intervista Eat the Rich, 22 aprile 2015, Bologna)

È anche importante contestualizzare questi discorsi, che vengono fatti da movimenti della città di Bologna dove è in atto una profonda trasformazione incentrata sulla promozione di un turismo alimentare tanto di massa quanto di *elite*. Forte della rinomata tradizione gastronomica, la città cerca uno spazio nel mercato globale come "city of food", dove l'utilizzo della lingua inglese per il nuovo marchio è di per sé già indicatore e paradosso. Dal simbolico al materiale, ma restando nel paradosso, è la costruzione di un parco commerciale ribattezzato "la Disneyland del cibo", dove riprodurre e vendere le eccellenze italiane "dal campo alla tavola". Un paradosso nel paradosso: si crea artificialmente un chilometro zero, e si trasportano centinaia di migliaia di persone direttamente dagli aeroporti con pacchetti turistici preconfezionati. Di fronte a questo stravolgimento dei concetti e dei valori caratteristici della produzione alimentare sostenibile, i movimenti prendono parola riaffermando il proprio senso, ancorato in pratiche ed esistenze "fuori mercato".

«Siamo intervenuti su un campo, quello dell'alimentazione, che non è assolutamente neutro, probabilmente non lo è mai stato ma in questo momento è particolarmente, come dire, sotto attacco cioè c'è anche tutta una sussunzione di discorsi, pratiche e parole d'ordine anche che sono quelle dei movimenti legati all'alimentazione. Quindi quando, per dire banalità, si parla di bio, di km0 sono tutti concetti che in realtà sono stati pensati, messi in pratica dai movimenti e in questo momento sono stati messi a valore dal capitale e quindi questa è una roba che va contrastata ed è importante farlo.» (Intervista Eat the Rich, 22 aprile 2015, Bologna)

Un esempio particolare di riappropriazione "a impatto ambientale" riguarda la fabbrica recuperata Ri-Maflow, nella provincia di Milano, che un gruppo di lavoratori ha occupato e riaperto dopo la chiusura riconvertendola in senso ecologico tanto nella produzione materiale quanto in quella sociale (dei rapporti di produzione). L'esperienza ha preso a modello le fabbriche recuperate dell'Argentina, una delle strade di sopravvivenza e fuoriuscita dalla terribile crisi finanziaria che ha colpito il Paese alla fine degli anni Novanta. Ma lo sviluppo è andato nel senso di sovvertire la logica del mercato che opera sfruttamento a vari livelli (lavoro, rapporti sociali, ambiente...) per estrarre più valore, mantenere la competitività e generare profitti.

«L'idea della Ri-Maflow è quella non solo di ribaltare i ruoli all'interno della produzione, e quindi eliminare chi di fatto non lavora ma gestisce solamente e si arricchisce, e soprattutto cercare di riconvertire la fabbrica, quindi dare una versione sicuramente più vicina all'ambiente e, da qui, uno dei capisaldi della Ri-Maflow è il

riuso e riciclo delle apparecchiature elettriche ed elettroniche, con una presa di petto di quello che è l'accumulazione dei rifiuti, lo smaltimento dei rifiuti e cercare di ribaltare il concerto per cui "tutto deve essere comprato, il nuovo rimpiazza la roba vecchia che ancora funziona ma siccome è vecchia non serve più", ridare vita ai lavoratori che sono dentro a questo progetto che a loro volta cercano di dare vita a tutte quelle cose che ci circondano e che sono ancora una risorsa.» (Intervista Ri-Maflow, 23 giugno 2015, Milano)

Inoltre, questa fabbrica è in rete con il mondo dell'autoproduzione alimentare, nell'idea di partecipare alla costruzione di una filiera alternativa dove generare e distribuire risorse in canali e con rapporti fuori dalla logica del mercato. Rapporti dove le relazioni umane e ambientali abbiamo la centralità.

«...si è sempre parlato di "un nuovo mondo è possibile", e io dico sempre "prima di arrivare ad un nuovo mondo possibile, c'è un nuovo modo possibile". [...] uno dei modi nuovi è appunto di costruire piazze di relazioni, costruire delle terre che interagiscano con queste piazze per dare possibilità a tutte le comunità cittadine, urbane e rurali di costruire insieme dei percorsi che mettano in moto nuove relazioni che si trasformano poi in nuova economia e quindi si trasformano completamente in un nuovo modello economico.» (Intervista Genuino Clandestino B, 7 giugno 2015, Torino)

La connessione tra comunità urbane e rurali gira intorno alla visione chiave del territorio come spazio che condiziona le possibilità (di vita, di salute) e al tempo stesso organizza le forme di resistenza e produzione di alternativa. Nel territorio è possibile, concretamente, costruire legami interpersonali di reciproca fiducia (es. per la garanzia partecipata dei prodotti biologici), alimentare reti di scambio e mutualità che consentano la condivisione dei mezzi produttivi, organizzare resistenze trasversali per processi che danneggiano ambiente e salute (es. fabbriche inquinanti, nocive per chi ci lavora e per chi abita nella zona e/o consuma i prodotti delle terre inquinate).

«Se ragioniamo sulla terra come territorio, ovviamente, non possiamo esimerci dal metterci in rete con chi il territorio lo vuole difendere da altre forme di attacchi e che diventano convergenti con la lotta di chi vuole restituire la terra alla sua funzione originaria. [...] questo ha portato secondo me ad una trasformazione interessantissima all'interno della rete Genuino Clandestino e di convergenze molto forti con battaglie e con comitati in lotta, altro dalla realtà strettamente contadina. E quindi ad una convergenza tra realtà cittadine e realtà contadine, in maniera sempre molto destrutturata e molto legata alle esperienze territoriali.» (Intervista Re:Common, 15 maggio 2015, Roma)

Conflitti ambientali e ricatto salute-lavoro

«Se dobbiamo parlare di malessere del lavoro, parliamo allora di un lavoro che produce la mia malattia. La mia malattia, per quel che mi riguarda è in relazione con quel polo industriale e con la mia attività lavorativa lì dentro, nessuno questo lo vuole affermare in maniera esplicita.» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

I movimenti per la tutela ambientale e contro le grandi opere dannose, inutili e imposte (GODII) articolano connessioni ancora più dirette sui rapporti tra ambiente e salute, anche intorno allo snodo centrale del lavoro. Per esempio sottolineando come, nel sistema vigente, le conseguenze etiche e morali della produzione non siano considerate. Sotto l'imperativo della crescita economica, ambiente e salute sono facilmente sacrificati e questo sembra essere tollerato – quando non apertamente incoraggiato – dalla politica e dai media. Anche la società civile resta il più delle volte in silenzio, da un lato perché influenzata da quella che viene definita una “colonizzazione dell'immaginario”, che impedisce di concepire possibili alternative al sistema dominante e di vederne le criticità, dall'altro perché spesso obbligata a scegliere tra sussistenza e salute (Grup-pa 2015).

Non a caso molte delle realtà di movimento attive su questi temi sono situate in territori profondamente segnati, dal punto di vista ambientale e sanitario, da decenni di industrializzazione sregolata in nome di una crescita economica caratterizzata da profonde disuguaglianze tanto nella distribuzione dei benefici quanto in quella dei danni (il già citato “razzismo ambientale”). Il numero dei cosiddetti “conflitti ambientali” in Italia è aumentato esponenzialmente negli ultimi anni, come testimoniato dall'associazione A Sud che ha realizzato, tramite un centro studi creato *ad hoc*, una mappa dettagliata di quanto sta accadendo (Atlante Italiano Conflitti Ambientali, CDCA 2017). L'associazione, coinvolta nella ricerca-azione, ha sottolineato come le caratteristiche di questi conflitti nel nostro territorio si discostino per la maggior parte dall'atteggiamento definito NIMBY (acronimo per *Not In My Back Yard*, non nel giardino di casa mia), ovvero la difesa del proprio territorio senza curarsi di ciò che accade negli altri, benché l'immagine trasmessa da media e politica sia esattamente quella.

«...i movimenti legati alla difesa del proprio territorio vengono connotati dai media e dalla politica come dei movimenti che non vogliono lo sviluppo nel proprio cortile di casa ma lo vogliono in altri cortili. In realtà c'è stato un fiorire di queste realtà che aveva come obiettivo quello di costruire un modello per tutti, e non solo per la propria realtà, cioè un modello di difesa del territorio, della salute, delle comunità [...]. In questo modo si è costruito in Italia, secondo noi, un ambito di mobilitazione che è avanzato.» (Intervista A Sud, 21 gennaio 2015, Roma)

Ciò che viene denunciato in molte delle interviste è che la salute di chi lavora e vive nei territori segnati da imprese o infrastrutture ad alto impatto ambientale è secondaria al guadagno economico, e che le aziende che offrono lavoro a migliaia di persone mettono in atto un vero e proprio ricatto

sociale che compromette seriamente la salute delle persone. Il danno ambientale e sociale vede spesso la connivenza o il silenzio delle istituzioni, e vi è un'aperta denuncia anche della classe medica, accusata di non prendere posizione in difesa della salute e di nascondersi spesso dietro il paravento della "neutralità della scienza". Il ruolo di sensibilizzazione e denuncia resta a solo carico dei comitati cittadini, collettivi, movimenti e colmato dunque in uno spazio di attivismo.

«...la maggior parte, proprietari, farmacisti, sono gli stessi che si ritrovano nei distretti sanitari, sono gli stessi che poi hanno i figli dislocati ai piani alti delle direzioni sanitarie della ASL. Se il registro tumori non cammina è anche perché all'interno dell'ASL c'è chi magari è allacciato anche ad altri poteri regionali e si cerca di tenere il registro della ASL bloccato al 2005-2006 e ti mancano altri 6-7 anni di studio... o magari di rallentarlo attraverso la riduzione dei fondi... ci sono tante cose che capitano, nelle quali la comunità medica ha le sue colpe perché non svolge assolutamente il suo lavoro.» (Intervista Officine Tarantine, 12 giugno 2015, Taranto)

Renato Curcio, intervistato per l'iniziativa di socioanalisi che ha portato avanti nel brindisino intorno all'attività del petrolchimico, analizza le radici storiche che – in Italia – hanno portato a considerare la salute come una variabile dipendente nel rapporto lavoro-salario, con la conseguenza di monetizzare i rischi per la salute anziché rimuoverli. Nonostante la figura di Ramazzini, medico che tra Cinquecento e Seicento ha cominciato a mettere in relazione le condizioni di lavoro con le patologie, e la sua eredità raccolta dall'associazione Medicina Democratica fondata negli anni Settanta da Giulio Maccacaro, l'immaginario consolidato in Italia non prevede la salute come variabile indipendente.

«...Ramazzini comincia a dire c'è relazione tra il lavoro e i malesseri, da lì prende poi spunto anche un movimento che è Medicina Democratica, ma è un movimento che nasce e dura poi pochissimo in realtà nella storia italiana, e nasce come un fenomeno diciamo... divergente... rispetto a quello che era il percorso ordinario poniamo dei sindacati e dei grandi partiti anche della sinistra, i quali avevano fino a metà anni Settanta considerato il lavoro prevalentemente dal punto di vista economico, dal punto di vista della contrattazione salariale, il tempo di lavoro e di tante altre dimensioni, ma mai dal punto di vista della salute.» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

Storicamente, le lotte sono state per il salario e per il lavoro, e questo ha contribuito a costruire un immaginario che esclude la salute dai piani di rivendicazione e la pone piuttosto al servizio del sistema produttivo.

«...gli operai scendevano in piazza, fermavano la fabbrica, facevano tutto quel che dovevano fare, sindacati portavano questa lotta ma nel frattempo dentro la fabbrica si respiravano sette tipi di agenti che producevano tumori, si respiravano, si inalavano, si toccavano, cioè era evidentissimo che tutti in qualche modo lo sapevano e lo vivevano,

ma non era oggetto di uno scontro di un conflitto.» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

D'altro canto, si tratta di una visione in linea con quanto già descritto a proposito della concezione individualizzante di salute propria della cultura occidentale e del modello capitalista, di cui la medicina stessa – soprattutto nella declinazione di complesso medico-industriale – è parte costitutiva. Sebbene oggi la sensibilità per la questione ambientale sia maggiore che quarant'anni fa, la connessione dello sfruttamento (di ambiente e salute) con il modello produttivo ripropone lo stesso identico ricatto, in cui al centro è la vita: se non lavori, non mangi e muori; se lavori, ti ammali e muori. Si tratta, in altre parole, di una dinamica strutturale e pervasiva da cui è molto difficile per le singole persone svincolarsi. I due stralci di intervista, rispettivamente a Brindisi e a Taranto, sono illustrativi di queste dinamiche.

«Noi viviamo in contesti, per questo vi facevo l'esempio di Brindisi, dove l'operaio diciamo ti dice, io vado a lavorare lì perché altrimenti non so come campare, quindi meglio morire di cancro, non ti dice quello è il bene. Quella è la mia nutrice, meno male, mi dà del cibo, mangio io e i miei figli poi forse morirò anche, però non so dove andare altrimenti e non so cosa fare altrimenti.» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

«Dagli anni Sessanta c'è stato questo boom, però poi col passare degli anni l'economia che cambiava questo boom è indietreggiato. Gli operai adesso vivono in una situazione di sottomissione, questo è il mio pensiero, nei confronti dell'azienda, perché l'operaio non sa effettivamente che cosa fa in questa azienda, in che condizioni lavora, che succede in questa città. E per colpa di... appunto di queste grandi aziende, che non hanno questi impianti ecocompatibili, la gente muore a Taranto, questa è la cosa primaria, secondo me, perché la gente si ammala, i reparti oncologici hanno la fila come... le giostrine dei bimbi che ce ne sono pochissime, e quindi c'è questa realtà e non per essere vittimisti, è proprio per essere realisti, è una realtà che non va bene.» (Intervista Archeotower, 13 giugno 2015, Taranto)

Continuando nell'analisi storica, il fondatore di Medicina Democratica Giulio Maccacaro è stato il primo a portare il discorso della salute all'interno delle fabbriche, ma per farlo si è mosso in maniera indipendente dalle istituzioni e anche dai sindacati e ha dato vita ai comitati operai per la salute.

«[Maccacaro] decide di costituire con un gruppo di operai un comitato operaio per la salute, dicendo in Italia non c'è a nessun livello, nessun modo nell'immaginario della sinistra, del movimento operaio, nei sindacati, l'idea che salute sia qualche cosa che, diciamo così, deve essere salvaguardata.» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

Ed è nuovamente fuori dalle istituzioni che troviamo chi si dà da fare per documentare il danno alla salute prodotto da un modello di industrializzazione irresponsabile, nonché difendere i diritti di chi è stato irrimediabilmente danneggiato nella salute o nella vita. Le esperienze attive oggi sono tutte in qualche modo debitorie, e/o collegate, a quella di Medicina Democratica. La ricerca-azione ne ha raggiunte due, operanti rispettivamente a Brindisi (Associazione Salute Pubblica) e Taranto (sezione locale dell'associazione nazionale ISDE – Medici per l'Ambiente). Significativamente entrambe, oltre a denunciare i fatti all'origine della loro presa di posizione (danni ambientali e alla salute legati a industrie inquinanti, dubbi limiti di legge, mancanza di immaginario e consapevolezza diffusa sulla questione), pongono l'accento sulle responsabilità del mondo medico e scientifico. ISDE, associazione di medici, denuncia la scarsissima partecipazione del mondo professionale alle battaglie sull'ambiente e alla produzione indipendente di dati in grado di testimoniare quanto sta accadendo e le sue implicazioni. In assenza di interventi sull'ambiente, la medicina è un pericoloso palliativo.

«In tutta Italia abbiamo solo 870 iscritti. Come si spiega che il medico, che ha una preparazione specifica, che è la cura sul campo, che vede lo scempio che la realtà odierna propone, non si iscrive all'ISDE? E' quello che vi dicevo prima: non ha senso la medicina. Io lavoro in ospedale da tanti anni e ho visto cosa significa, sono neurologo. E ho visto cosa è successo in questi anni a Taranto, le patologie che sono aumentate in questi anni, prima era un evento quando vedevi un tumore negli anni '80. Ancora di più nei bambini. Chi ha un minimo di raziocinio deve porsi il problema, poi magari se lo pongono e stanno zitti. Ci si deve chiedere che senso ha curare, che senso ha l'ospedale, se prima non arrivi sull'ambiente.» (Intervista ISDE, 11 giugno 2015, Taranto)

D'altro canto, l'Associazione Salute Pubblica articola una riflessione ancora più profonda sulla natura sociale della scienza, e la sua presunta indipendenza e neutralità come schermo a difesa delle responsabilità sociali, individuali e collettive, nei confronti del danno ambientale e alla salute. Non si tratta di una battaglia teorica di natura epistemologica ma, nella declinazione dei movimenti, di una questione con pesanti ripercussioni sul piano giuridico. L'interpretazione che il giudice dà sulla validità delle prove portate dalle parti, e dei dati di riferimento della “comunità scientifica”, fanno la differenza sull'esito della sentenza.

«Provammo a spiegare al giudice che pensare che la comunità scientifica possa o debba operare all'unanimità prima di affermare un nesso causale tra l'esposizione ad un inquinante e l'induzione di una patologia, peccava quantomeno di ingenuità, proprio nel rapporto con la scienza, con le dinamiche di produzione del sapere scientifico e con le dinamiche del funzionamento degli scienziati come uomini. [...] Pensare a questa cosa della comunità scientifica come un iperurano, scevro da qualsiasi componente umana, di interesse, di partigianeria, di concreto attaccamento alle sorti del processo significava davvero fare la parte di Alice nel paese delle meraviglie.» (Intervista Salute Pubblica, 11 giugno 2015, Fasano, BR)

Nel concreto delle pratiche processuali, dunque, qualunque “dato” – che incorpora comunque una sua storia scientifica e sociale – si plasma ulteriormente nella rete di relazioni e potere che anima un processo, una vicenda. Questo apre lo spazio anche ai movimenti, che si possono organizzare per essere una presenza visibile e di peso, come testimonia l'impatto dei comitati di vittime e parenti di vittime sulle vicende processuali in casi storici come quello dello stabilimento Eternit di Casale Monferrato, AL).

«...se la scienza non è neutra, figuriamoci il diritto... Il diritto risente molto dei rapporti di forza nella società, a seconda che nella società c'è il freddo dell'indifferenza della passività, o una temperatura almeno più mite di solidarietà minima tra gli interessati, di sensibilizzazione... Possono variare anche di molto gli esiti di certe partite processuali.» (Intervista Salute Pubblica, 11 giugno 2015, Fasano, BR)

Infine, il percorso che ha portato ISDE Taranto a spostarsi dal mandato originario dell'associazione a interventi rivolti ai giovani è significativo di quanto sia necessario un cambiamento in profondità, che può attecchire forse solo nelle nuove generazioni.

«Noi è da 35 anni che lavoriamo. Secondo lo statuto dell'ISDE abbiamo fatto prevenzione col singolo paziente, ma dopo che invece ci siamo accorti che non si ottiene niente in quella maniera: perché le malattie aumentano, diabete, pandemie, quant'altro perché sono legate all'ambiente [...] infatti la medicina non ha senso in questa realtà, ma non soltanto a Taranto, che può rappresentare una punta di questa problematica, non ha senso ovunque, perché ovunque si usano pesticidi, ovunque si inquinano le acque, ovunque si inquina l'aria, il territorio, il mare, e quindi la medicina rappresenta un'altra ipocrisia, perché nel momento in cui tu non operi una prevenzione primaria, non ha senso. Ecco perché la cultura è fondamentale, perché se noi andiamo a dire queste cose ad un quarantenne, ad un cinquantenne, probabilmente sbattiamo contro un muro chiuso. Entrare nelle scuole e spiegare che una decrescita felice farebbe il bene del pianeta forse funzionerà per il futuro.» (Intervista ISDE, 11 giugno 2015, Taranto)

C'è ancora molto da fare

«Questo è un sistema e l'interpretazione e la risposta deve essere sistemica altrimenti non ce la fai. Va bene che ognuno è impegnato in un pezzo, abbiamo 24 ore, bisogna avere una visione di sistema e in quelle 24 ore agire in maniera sistemica.» (Intervista Campagna Acqua Bene Comune, 12 giugno 2015, Copertino, BR)

Come visto sopra, un punto in comune tra molte delle realtà intervistate è la percezione di un'assenza (o connivenza) istituzionale e politica, una mancanza di rappresentatività e fiducia negli strumenti tradizionali dell'agire collettivo.

«...la mancanza delle istituzioni, dello Stato è incredibile, l'assenza... Cioè lì la gente è destinata ad ammalarsi nella consapevolezza che è così, e quindi c'è proprio un abbandono totale, e uno allora dice anche lì "Perché io devo sottostare alle leggi tra virgolette e poi fate delle altre leggi per permettere alla gente di inquinare a norma di legge, oppure secretate le cose, non dite", è dall'86 che sapevano che intorno a Caserta era pieno di schifo, e non l'hanno mai detto. Quindi hanno lasciato la gente morire. Cioè questo è il dramma, il fatto che noi siamo consapevoli che siamo soli, quindi se non riusciamo ad essere solidali fra noi e a riconoscerci perché soffriamo tutti, cosa dobbiamo fare, ci isoliamo? È meglio che invece ci riconosciamo tra noi e ci sosteniamo a vicenda. Noi siamo andati spontaneamente, a noi sembrava giusto.» (Intervista No al Carbone, 12 giugno 2015, Brindisi)

«La denuncia di sé tumorato in una città come Brindisi viene sovradeterminata da un significato molto forte, qui non si vuol parlare dei tumori legati al polo industriale oppure legati al polo energetico, tutti fanno finta da cinquant'anni che questo non ci sia. Per le istituzioni, se se ne parla, se ne parla senza responsabilità né morale né giudiziaria né di altro genere» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

Un esempio tra tutti, che ha rafforzato il risentimento verso le istituzioni soprattutto tra chi si batte per la tutela ambientale e il diritto a vivere in territori sani con pieno accesso ad acqua e cibo di qualità, è quello della battaglia per l'acqua pubblica. Un insieme di realtà e persone, riunite in comitati locali indipendenti da partiti e sindacati, ha dato vita a una delle più efficaci campagne degli ultimi tempi, quella per la (ri)pubblicizzazione dell'acqua, che ha portato alla presentazione di una legge di iniziativa popolare nel 2007 e a un referendum nazionale nel 2011. La prima non è mai stata portata avanti, mentre il secondo – pur contando su una partecipazione massiccia e un esito di quasi unanimità – è stato completamente disatteso da tutte le forze politiche.

Di fronte a ciò, quali sono le strade che i movimenti provano a percorrere? Una prima suggestione, significativa perché risuona con lo spirito stesso della ricerca-azione, è quella di mettere la salute al centro dell'azione sociale, utilizzarla come cartina di tornasole per i rapporti tra collettività e ambiente, e perno delle domande da porsi per identificare i piani di coinvolgimento e responsabilità.

«La salute è la chiave di lettura, la cartina tornasole, ecco è la cartina tornasole della relazione popolazione-risorse. Se la salute non funziona significa che la relazione non funziona e noi dobbiamo capire perché. Chi crea quel tipo di relazione? Chi ha creato quel tipo di inquinamento e perché? Chi l'ha generato? Chi ne ha beneficiato? Chi ne ha sopportato i costi? E possiamo vedere che chi l'ha generato non è lo stesso di chi ne sopporta i costi a tutti i livelli geografici e spaziali. Bisogna ragionare con un

approccio sistemico.» (Intervista Campagna Acqua Bene Comune, 12 giugno 2015, Copertino, BR)

«L'altra cosa che è emersa e che continua ad emergere in maniera molto forte è che la salute continua ad essere il tema trasversale e che dovrebbe essere l'ambito di intervento della maggior parte dei movimenti a livello globale. Soprattutto sul tema della qualità della vita e sulla futuribilità dell'esistenza, dove si vive, come si vive, quali sono le prospettive future.» (Intervista A Sud, 21 gennaio 2015, Roma)

C'è ancora molto da fare per procedere in questa direzione, tanto nei confronti di una scienza e delle istituzioni trincerate dietro una presunta neutralità o asetticità tecnica, quanto nei confronti di una popolazione imprigionata in immaginari conformi al sistema (di produzione materiale e culturale, vedi salute come portato individuale) che non consentono la creazione – teorica e pratica – di alternative percorribili. La sensibilità sulle questioni ambientali e di salute, benché in crescita, è ancora sproporzionatamente legata all'emergenza, una reazione emotiva che non si traduce in azioni pianificate di prevenzione primaria.

«...per molti versi, hanno giustificazioni anche abbastanza qualificate le persone normali rispetto a questo stato paludoso, mentalmente paludoso, nel quale versano. [...] a nessuno viene mai, nemmeno per idea, la bizzarra intuizione di fare una giornata di lotta alle malattie ambientali (e Renzo Tomatis invece diceva che l'80% dei tumori è di natura ambientale, quando era direttore di IARC)... Io posso anche capire, giustificare certamente no... Capire che per la maggior parte delle persone le questioni dell'ambiente non hanno granché a che vedere con le questioni della loro salute. E quindi, a maggior ragione, con le questioni della salute degli altri, anche se hanno fatto un pezzo di vita molto simile alla loro...» (Intervista Salute Pubblica, 11 giugno 2015, Fasano, BR)

Il tema che emerge è anche quello dell'individualizzazione: come la persona è separata dall'ambiente naturale e non si delineano i nessi di causalità tra esposizione e patologia, così la persona è separata dagli altri, specchio e strumento per leggere la socialità intrinseca alla nostra esistenza. Ecco allora una seconda linea di azione percorsa dai movimenti, ovvero quella della presa di coscienza sulla natura collettiva dei processi che viviamo. Particolarmente interessanti in questo senso sono i cantieri di socioanalisi narrativa organizzati dalla cooperativa Sensibili alle Foglie, veri e propri strumenti per la creazione di “contesti intermedi” (vedi pag. 70) in cui costruire nuovi significati e generare immaginari alternativi, a partire dal concetto di salute.

«...è indubbio che oggi ci troviamo esattamente al punto in cui noi dobbiamo dare un significato alla parola salute, perché abbiamo dei significati istituiti, però se io guardo il significato istituito della parola salute a Brindisi stanno tutti bene, perché i limiti di legge delle immissioni per esempio sono rispettati» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

«...intravediamo il limite che oggi c'è di mediazione tra le esperienze singolari e i grandi sistemi, che colonizzano diciamo così il lavoro, l'immaginario e le grandi idee alla quale poi ci uniformiamo, per cui ci uniformeremo ad un'idea di salute no? Perché semplicemente non siamo in grado di produrne un'altra o non abbiamo diciamo costruito le modalità gli strumenti e le mediazioni anche culturali per produrne socialmente un'altra.» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

La terza indicazione riguarda proprio il significato di salute, e ci riporta a quanto descritto nei paragrafi precedenti in merito al contesto latinoamericano. Segnaliamo però che solo due tra le realtà raggiunte con la ricerca-azione hanno esplicitamente citato il paradigma del *Buen Vivir* come qualcosa a cui guardare per ripensare la salute in chiave ecosistemica e di interdipendenza, mentre molte mantengono una separazione funzionale e gerarchica tra ambiente naturale e salute umana.

«...[in Amazzonia] abbiamo capito quanto fosse importante il tema della salute non visto come malattia o patologia emergente rispetto all'impatto di un progetto particolarmente contaminante ma come appunto qualità della vita. Anche tutto il pensiero legato al principio del Buen Vivir è basato esattamente su questo, cioè quali sono le componenti che fanno sì che una comunità viva in salute.» (Intervista A Sud, 21 gennaio 2015, Roma)

Nel domandare alle diverse realtà incontrate in che modo credevano che la loro azione contribuisse a promuovere salute, molte hanno risposto indicando i processi di costruzione di comunità all'interno dei quali ricreare meccanismi di solidarietà e aiuto reciproco. In quest'ottica sono nate, per esempio, le esperienze che mettono al centro la tematica dell'alimentazione che – oltre ad affermare il diritto alla sovranità alimentare e a promuovere un'agricoltura genuina – promuovono e sostengono abitudini alimentari salutari, evitando di far ricadere sul singolo individuo la responsabilità del proprio stile di vita. Allo stesso modo altri gruppi hanno contribuito a rendere più accessibili alcune attività sportive, promuovendo al tempo stesso uno stile di vita attivo e un tipo di socialità che sottrae le persone dall'isolamento a cui portano la struttura della città e il mondo del lavoro. Un aspetto interessante di queste riflessioni su relazioni, collettività e contesti sociali è la continua risignificazione del concetto di salute, che cessa di essere un portato statico appartenente a categorie preformate, per diventare un processo storico e politico che connette gli aspetti delle vite delle persone tra micro e macro-contesti (Grup-pa 2015).

Una pista suggerita e praticata dai movimenti in questa direzione, particolarmente significativa anche per l'ambito della promozione della salute, è quella dell'epidemiologia di cittadinanza o di comunità (nuovamente, con radici culturali nel contesto latinoamericano). Si tratta di un campo in costruzione, che prevede il coinvolgimento diretto della popolazione nella produzione di dati e di significato sui processi che quotidianamente si vivono. Diverse associazioni e realtà di movimento guardano a questa strada come una possibilità concreta di autodeterminazione sociale e ambientale.

«...l'approccio che abbiamo assunto noi è più quello legato all'epidemiologia popolare che è un approccio che abbiamo imparato in America Latina e che ha un approccio differente rispetto all'epidemiologia tradizionale e i cui strumenti potevano essere anche utilizzati da noi. La grande sorpresa è che non devi essere necessariamente un medico per fare epidemiologia popolare anzi, i nostri attivisti, facendo un lavoro con le comunità di costruzione di comunità e di ragionamento condiviso con i gruppi locali sui nessi tra esposizione ambientale e emersione delle patologie, facevano un lavoro di epidemiologia comunitaria e allo stesso tempo, oltre a rilevare le criticità, facevano, allo stesso tempo, un lavoro di intervento.» (Intervista A Sud, 21 gennaio 2015, Roma)

Il processo, fatto di incontri tra la popolazione e contatti con il territorio, è di per sé costitutivo di una nuova soggettività relazionale e collettiva, che prende sempre più coscienza e parola perché partecipa alla costruzione di significato. Nel farlo, si connette e sovverte la relazione di potere connessa al sapere (esperto).

«[la sofferenza] diventa un analizzatore che non si definisce nel suo significato prima di un processo che costruisca significato. [...] è importante capire questo processo perché ci dice una cosa molto seria nella produzione del sapere, e cioè ci dice che la produzione del sapere, se diventa un processo collettivo diventa anche costruzione di significati. Non parte da dei significati per verificarne, ma in qualche modo li costruisce attraverso un lavoro collettivo. [...] è un percorso che rovescia un pochetto diciamo così... le modalità ordinarie di rapportarsi alla sofferenza e al mondo del lavoro, per cui c'è diciamo il professionista che ha delle categorie analitiche e spesso addirittura oramai informatizzate per cui a partire da una serie di sintomi, decide che è di fronte ad un certo tipo di patologia e questa patologia la nomina e quindi poi gli fa una diagnosi e a quel punto li la cura.» (Intervista a Renato Curcio, 25 marzo 2015, Bologna)

Riappropriarsi del processo di costruzione del sapere è presupposto per la creazione di immaginario, per affermare l'opposto del mantra neoliberista spesso utilizzato da Margaret Thatcher con l'acronimo TINA, *There Is No Alternative*: le alternative ci sono e un altro mondo è possibile⁴⁶. Significativamente, più di una delle realtà che, nelle città del Sud Italia, combattono contro modelli di sviluppo insostenibili per ambiente e persone ha indicato nella rottura totale con quel modello un punto di svolta generativo. Abbandonate le strade palliative della bonifica, dei filtri per le emissioni, di altra tecnologia correttiva della precedente ma sottesa dai medesimi interessi e processi di sfruttamento, si sono prese la libertà di affermare la necessaria chiusura degli impianti e la loro non sostituzione.

«...prima chiedevi di quando voi avete capito che c'è stata l'evoluzione. L'abbiamo capito proprio quando il movimento è passato dal concepire un'eventuale riconversione

⁴⁶ “Un altro mondo è possibile” è lo slogan utilizzato dal movimento altermondialista a partire dagli anni Duemila. Vent'anni dopo, sappiamo che non si tratta più di una scelta ma di una necessità, perché il mo(n)do attuale non è ecologicamente sostenibile.

della centrale alla decisione che ha cambiato tutto. E cioè che quella centrale va dismessa. Questa è stata la decisione lapidaria che ha cambiato poi la visione del movimento. E la gente, abituata a sognare una Brindisi come dovrebbe essere, ha incominciato a sognarla senza quelle strutture e che cosa succederebbe se non ci fossero. E ci siamo immaginati che il territorio, oltre ad avere un'economia molto più soddisfacente, sarebbe anche molto più facile da vivere e si creerebbe un benessere per tutti che ha un valore economico anche altissimo.» (Intervista No al Carbone, 12 giugno 2015, Brindisi)

Per quanto riguarda il ruolo di esperti, professionisti e scienziati, è chiara l'indicazione ad assumere una posizione “di parte”, declinata tanto sul piano di essere co-produttori e non detentori di sapere, quanto su quello di scegliere – in un campo di interessi e poteri che segnano la diversa accessibilità ai diritti fondamentali – da che parte stare. Posizioni ben rappresentate dall'esperienza dell'Associazione Salute Pubblica, che racchiude professionisti di vari ambiti tra cui quello medico e quello giuridico.

«...abbiamo un'idea della ricerca epidemiologica e, più in generale, della scienza, che secondo noi non può che significare coinvolgimento attivo, diretto e responsabile dei portatori di interesse e, per meglio dire, dei portatori di diritti... [...] Noi abbiamo un'altra idea di scienza, di rapporto dei pazienti con la scienza, di co-produzione – per certi versi – del sapere scientifico...» (Intervista Salute Pubblica, 11 giugno 2015, Fasano, BR)

«Scienziati che hanno un forte senso del ruolo civile dello scienziato. Scienziati che tra molte virgolette – è pericolosa questa cosa che sto per dire – “sono di parte”. Di parte nel senso che sono consapevoli che hanno un ruolo civile da adempiere e che non si nascondono dietro la foglia di fico della neutralità della scienza, dell'asetticità. Lì è in corso un esperimento particolarmente avanguardistico di co-produzione vera e propria, di co-impostazione dello studio, di co-gestione, di co-valutazione tra gli scienziati e la popolazione. » (Intervista Salute Pubblica, 11 giugno 2015, Fasano, BR)

«Anzitutto, la scelta di campo. Siccome noi non viviamo nell'Iperuranio ma viviamo in un modo in carne, ossa ed interessi spesso contrapposti... Se vivi in questa terra, se fai un processo penale in cui ci sono i padroni imputati di aver mandato al massacro decine di loro dipendenti perché lo imponevano le ragioni del bilancio, e dall'altro lato hai quelli che rivendicano il diritto perlomeno alla giustizia, se non alla vita, [...] tu decidi da che parte stare.» (Intervista Salute Pubblica, 11 giugno 2015, Fasano, BR)

In ultimo, resta il tema dell'azione collettiva. Troppe frammentazioni segnano l'azione dei movimenti, tanto a livello territoriale (per settore di intervento) quanto tra territori.

«Quello che riguarda questi gruppi, le associazioni ambientaliste, si muovono sempre soli, è un fenomeno limitato che non riesce a coinvolgere più gente. Sono sempre

piccoli gruppi che sono il motore che rimangono ad alimentare queste piccole fiammelle. Questo è un limite grosso. Alla fine ci ritroviamo ad essere sempre soli, che sia per le manifestazioni, per un aspetto politico-culturale, sempre finalizzato all'ambiente. Siamo sempre soli, anche provenienti da varie associazioni, però sono sempre le solite persone che partecipano a queste attività, e questo è un limite. Che è diffuso anche in altre realtà.» (Intervista ISDE, 11 giugno 2015, Taranto)

Un caso emblematico è riportato dal movimento No MUOS siciliano⁴⁷, che si oppone a un'installazione militare dell'esercito degli Stati Uniti nel territorio di Niscemi (CL). Il movimento ha faticato molto, e in parte fallito, nel tentativo di ricomporre due fratture importanti. La prima tra la questione dell'impatto della struttura militare sulla salute delle persone che abitano il territorio e le più ampie questioni legate alla guerra e alle spese belliche. Benché una parte del movimento volesse tenere insieme le due cose, vedendole come aspetti interconnessi di un unico modello su scala globale, un'altra parte riduceva la lotta a una difesa della popolazione locale dagli effetti nocivi dell'impianto, proponendone lo spostamento in un'area deserta e trascurando così la sua appartenenza a un ben più ampio sistema di distruzione e oppressione. Questo ha portato a una frattura interna al movimento, con conseguente separazione tra i gruppi. In secondo luogo, il movimento ha faticato a costruire alleanze con gli altri territori, e a portare la questione sul piano nazionale come istanza dei movimenti in generale, e non solo degli abitanti delle zone interessate. La debolezza del movimento antimilitarista, affievolitosi nel nostro Paese dopo le grandi manifestazioni di piazza degli inizi del Duemila contro gli interventi in Iraq e Afghanistan, è chiamata in causa nel motivare la scarsa risposta e risonanza delle lotte in Sicilia con quelle più ampie per un mondo senza armi né eserciti.

«Una cosa che sicuramente non ha funzionato è che questa lotta non avrebbe dovuto essere una lotta solo dei niscemesi perché il MUOS è casualmente posizionato a Niscemi, ma non è un problema locale. Invece è stata vista da chi sta fuori come una lotta territoriale, come a Scansano che ci devono fare la discarica. Invece noi qui abbiamo la quarta base satellitare militare americana del pianeta, e quanto meno tutta l'Europa doveva mobilitarsi, anche perché questa è la base che concerne l'Europa e il Nord Africa, invece si è mosso Niscemi.» (Intervista No MUOS, 3 aprile 2015, Ragusa)

Un esempio di segno opposto è rappresentato da una campagna promossa e sostenuta dall'associazione A Sud, che ha favorito il passaggio da una questione locale (terre inquinate in Campania) a una nazionale e poi internazionale. Sotto il nome di “Stop biocidio” si è quindi posta

⁴⁷ Il movimento nasce tra la fine del 2012 e l'inizio del 2013 da una “costola” del movimento per la demilitarizzazione di Sigonella – base aerea militare statunitense in Sicilia – come opposizione alla costruzione, all'interno della riserva naturale della “Sughereta”, di uno dei quattro terminali terrestri del MUOS. Lo scopo del MUOS è assicurare il funzionamento dell'ultima generazione della rete satellitare in UHF (altissima frequenza) che collegherà tra loro i Centri di Comando e Controllo delle forze armate USA, i centri logistici e gli oltre 18.000 terminali militari radio esistenti, i gruppi operativi in combattimento, i missili *Cruise* e i *Global Hawk* (UAV - velivoli senza pilota). L'opera, come dimostrato da vari studi condotti dal Politecnico di Torino, presenta numerosi pericoli per la salute della popolazione locale, nonché per la flora e la fauna della riserva.

l'attenzione su tutte quelle forme di produzione e costruzione che minacciano l'ambiente in cui viviamo, e di conseguenza la salute e la vita umane. Ampliare la rivendicazione utilizzando il termine unificante di “biocidio” ha aiutato a mettere a fuoco i processi sottostanti le declinazioni territoriali del danno ambientale.

«...era spezzettata, era una campagna che nasceva in Campania legata appunto al tema dell'impatto ambientale che avevano i rifiuti nel territorio Campano, che però poi è uscita dall'ambito Campano ed è diventata una campagna a livello nazionale per cui poi sotto il cartello STOP BIOCIDIO si sono riunite moltissime realtà territoriali, locali e quindi la campagna ha assunto forma nazionale.» (Intervista A Sud, 21 gennaio 2015, Roma)

L'azione collettiva che si prefigura come via di uscita deve avere alcune caratteristiche: essere improntata a reciproca solidarietà; essere informata da metodologie coerenti con i presupposti e le finalità dell'azione stessa (inclusività, partecipazione, benessere delle singole persone e della collettività); indicare l'alternativa cui si tende e la strada possibile per raggiungerla. Se sul piano della solidarietà c'è sostanziale unanimità di vedute (ma meno nella realizzazione pratica!), sugli altri due relativi al percorso e alla direzione si percepiscono sfumature diverse. La riflessione è che i movimenti sono anch'essi immersi nel mondo e incorporano e riproducono assunti e pratiche del sistema dominante. Non basta dichiararsi altro per esserlo nel concreto. Un esempio è la tendenza a ragionare per obiettivi e progetti. L'esperienza della campagna Acqua Bene Comune è che, ribaltando tale approccio, si possa costruire un percorso “mentre si cammina”, come recita uno dei motti che le comunità zapatiste si sono date per procedere nella costruzione di resistenza e alternativa (“camminare domandando”). Un percorso più inclusivo e trasformativo dell'esistente, perché apre nuove porte a ogni passaggio. Tra l'altro, una filosofia di approccio molto vicina a quella della ricerca azione partecipativa.

«Avere la visione, in questo caso è l'acqua pubblica, ma se io misurassi per risultati non sarebbe nato il comitato pugliese e probabilmente il Forum, sono nati nel momento in cui abbiamo detto: “Qual è la cosa giusta da fare per poterci arrivare a quella visione? È fare questo”. La strada si è costruita passo dopo passo. La novità può essere stata quello di aver applicato “il cammino si apre facendo”, se tu la fai tua questa frase incomincia a cambiare la tua impostazione occidentale. Noi ragioniamo per risultati e progetti, non si può contabilizzare la vita, è una cosa assurda. Invece la novità sta in questo, aver aperto un percorso su quello che si riteneva, chiaro l'orizzonte, cosa pensiamo per arrivare lì. E abbiamo detto cosa si può fare. Ma non strettamente sui risultati ma più sul percorso.» (Intervista Campagna Acqua Bene Comune, 12 giugno, Copertino, BR)

Se giungere all'alternativa in maniera ideologico-strategica o processuale e contingente è un tema aperto, che non vede solo schieramenti ma anche fasi di possibilità in cui è il contesto a indicare, di volta in volta, quale aspetto prediligere. In ogni caso, i movimenti attuali cercano forme propositive

che non siano solo di protesta, e in cui i metodi dell'azione collettiva garantiscano da personalismi e appropriazioni.

Un aspetto da sottolineare è che, se è vero che i movimenti presi in considerazione hanno molto in comune con il movimento altermondialista che denunciava, ormai vent'anni fa, le problematiche intrinseche al modello di sviluppo capitalista tanto sul fronte sociale che su quello ambientale, essi si trovano oggi dotati anche di altre riflessioni e pratiche, che rispondono maggiormente a un principio di coerenza, su due livelli. Un primo livello riguarda la coerenza tra le proprie forme di vita e quello che si desidera per la società tutta, che è anche un portato forte dei movimenti femministi: il personale è politico e dunque il cambiamento parte innanzitutto da sé. Dopo anni in cui, anche in seguito alla repressione del movimento culminata con i fatti di Genova del 2001 in occasione del vertice del G8, c'è stato un refluire dalla sfera pubblica/macro a quella privata/micro, con un proliferare di progetti alternativi che rispondevano esigenze individuali o di piccoli gruppi (orti urbani, autoproduzioni familiari, coabitazioni, gruppi di acquisto, ecc.), assistiamo ora a una loro ri-connesione su scala più ampia e socialmente più rilevante.

“...probabilmente è un’evoluzione dell’impegno di molti di noi dentro il movimento anti-globalizzazione, in cui in qualche modo col rifluire di questo movimento si sono anche sedimentate delle pratiche nel quotidiano e credo che questo abbia a che fare anche, cioè sia un retaggio di quel movimento, anche se molti che ci partecipano all’epoca erano magari ancora troppo giovani...” (Intervista Eat the Rich, 22 aprile 2015, Bologna)

Un secondo principio riguarda la coerenza tra le forme organizzative che ci si dà e i principi di democrazia ed equità a cui si tende complessivamente. In questo senso, i movimenti *Occupy* in diverse parti del mondo hanno segnato un avanzamento importante, nel segno di porre il processo collettivo davanti alle individualità e non generare dipendenze (e potere) intorno a singole persone.

«L’unica cosa che ti può garantire un percorso diverso verso il cambiamento, che non possiamo dire quello che può essere ma che possiamo solo percorrere, è il metodo, la metodologia, che non è neutra. Se tu hai un metodo e applichi questo metodo ti può garantire un certo tipo di percorso, ma è il metodo non la persona, perché la persona viene necessariamente cooptata perché questo è un sistema di potere.» (Intervista Campagna Acqua Bene Comune, 12 giugno 2015, Copertino, BR)

Un'ultima riflessione riguarda gli spazi di azione, ristretti a causa di fenomeni combinati di repressione e mercificazione. Quali sono i luoghi pubblici di incontro e discussione che non siano inevitabilmente segnati da dinamiche di esclusione sulle direttrici di genere, potere, reddito, provenienza, eccetera? E, d'altra parte, come generare discorsi collettivi se non riprendendosi spazio, e spazi, di incontro fuori da logiche di relazione servizio/utente o venditore/cliente? Come già menzionato, i mercati del circuito di Genuino Clandestino rappresentano riappropriazioni utili in

questa direzione, dove contaminarsi reciprocamente e costruire nuove forme di partecipazione alla vita collettiva (nelle pratiche e nelle idee).

«...i ragazzi hanno avviato una pizzeria con ingredienti bio del mercato e tutti i mercoledì sera si è creata una piazza in centro dove c'è un'etica in quello che la gente consuma. Il solito gesto del consumo che produce rifiuti e appoggia un certo tipo di economia che genera sfruttamento, lì, in quel posto, il mercoledì sera non è così; è bello perché l'assemblea del mercato è frequentata anche dai ragazzi del centro sociale e funziona [...]. Questa potenzialità di coinvolgimento è forte.» (Intervista Genuino Clandestino A, 16 febbraio 2015, Bologna)

Conclusioni

«[È necessario] far partecipare in modo continuo il maggior numero possibile di attori sociali alle definizioni (sempre da rivedere) della società; riconoscere la necessità della loro presenza in quei luoghi in cui maturano le scelte che producono la società e in cui si generano gli elementi che le danno significato. Altrimenti detto: fare l'elogio del movimento, dissipare i timori che esso ispira e, soprattutto, non consentire mai che sia sfruttata la confusa paura che esso alimenta.» (Balandier 1991)

Come dichiarato fin dall'introduzione, l'intento di questo lavoro è ricercare – negli spazi di azione della società civile “dal basso” – elementi (sotto forma di portati teorici e pratiche) significativi per l'area della promozione della salute. Il movimento è duplice: da un lato, ricercare, riconoscere e analizzare quanto viene fatto nei contesti extra istituzionali; dall'altro, riflettere sui portati di innovazione ed efficacia prodotti in tali contesti.

In base alla mia esperienza a contatto con le istituzioni (università, ospedale, servizi sociali e sanitari del territorio), ho spesso osservato una difficoltà a leggere ciò che c'è “fuori”, tanto in un senso fisico-spaziale (mancata conoscenza/esperienza del contesto) quanto in un senso politico-culturale (mancanza di categorie interpretative utili a fare emergere i piani di potere/conflitto caratterizzanti i campi sociali). Difficoltà che, a seconda dei casi, può essere ascritta in misura maggiore o minore a una mancanza di volontà (il riconoscimento dell'altro è sempre, in parte, cessione di potere decisionale) ovvero a una carenza di strumenti ed esperienze di lettura. Le forme che il *new public management* (adozione di criteri di funzionamento del settore privato per i servizi pubblici, vedi processo di aziendalizzazione nel SSN) ha costruito nelle istituzioni non hanno migliorato le cose, introducendo categorie e prassi di apertura e partecipazione spesso apparenti e mai trasformative.

Nel campo della (promozione della) salute e in Italia si aggiungono una serie di problemi, analizzati nel corso delle esplorazioni e riassumibili in tre gravi carenze: di portati teorici (visione di/riflessione su cos'è salute), di campi (marcato predominio biomedico), di risorse (umane e materiali)⁴⁸. Questo fa sì che ad alcune iniziative promettenti che si possono rintracciare (salute in tutte le politiche, rete delle città sane) non corrispondano investimenti adeguati né una *governance* all'altezza. Il paradosso descritto parlando di partecipazione (vedi pag. 70), in cui si auspica la realizzazione di un'opera ad alto impatto ambientale come (unica, maggiore) possibile fonte di

48 A temperamento di questa critica senz'altro generalizzante, vorrei citare come esempio positivo il DORS, Centro di documentazione per la Promozione della Salute, che svolge un'opera importante di raccolta, sistematizzazione e divulgazione di letteratura e di buone prassi e approcci innovativi al campo, con apertura interdisciplinare e a differenti ambiti di sperimentazione e pratica (www.dors.it).

risorse per la sanità pubblica, illustra efficacemente perché, in questo mo(n)do, le cose non possono funzionare. L'ordine delle priorità è invertito, investimenti e crescita economica (in termini che, lo sappiamo, selezionano i parametri misurabili tralasciando ogni esternalità ambientale e sociale, presente e futura) determinano la direzione delle scelte politiche e “sgocciolano” risorse per attività di corredo tra cui monitoraggio e protezione (?!) della salute delle persone.

A fronte di quanto descritto, non esiste solo una postura critica tesa a smascherare ciò che viene di volta in volta occultato o posto in secondo (ultimo) piano, ma anche – come ho cercato di dimostrare – un fertile campo di costruzione di alternative. Personalmente leggo questo campo come un valore in sé, partendo da un lato dalla considerazione dell'*activist scholarship* che “il mondo ha un grande bisogno di essere migliorato” (Calhoun 2008), dall'altro da quanto afferma Balandier, ovvero che “[È necessario] far partecipare in modo continuo il maggior numero possibile di attori sociali alle definizioni (sempre da rivedere) della società” (Balandier 1991). In questo senso, la traccia portante delle tre esplorazioni è di tipo metodologico, come ampiamente argomentato nella premessa. Si tratta di uno spostamento dal piano della produzione scientifica (cosiddetta) isolata per entrare con consapevolezza, tanto con la teoria che con le pratiche, nel più ampio piano dei rapporti sociali e materiali di riproduzione della vita. Ciò consente di restituire legittimità agli attori e alle letture che chiamano in causa questi rapporti, ritenendo che nel loro occultamento (sullo sfondo “neutrale” dell'invariabile, o del non pertinente) stiano molti dei problemi delle attuali pratiche e politiche di salute.

Le esplorazioni hanno portato a tre elementi degni di considerazione e potenzialmente rilevanti per un rinnovato approccio di/alla promozione della salute. Il primo riguarda il collettivo, come processo intensivo in grado di promuovere cambiamento in un senso di giustizia sociale. Studiare le pratiche e le dinamiche di cambiamento è fondamentale se ci si pone come obiettivo la (necessaria) trasformazione della realtà. L'analisi storica delle riforme sanitarie in Brasile e in Italia, e lo studio della Grup-pa come micro-processo in risonanza con quei più ampi movimenti, ha portato a evidenziare la dimensione della partecipazione come il terreno conflittuale in cui si producono soggettività (politica) e nuovi immaginari (istituenti). La ricerca-azione partecipativa, metodologia di elezione per porre il cambiamento stesso al centro del lavoro, ha confermato le sue spiccate potenzialità in questa direzione, anche se è presto per formulare giudizi conclusivi in merito. Da questa esplorazione, la promozione della salute può trarre suggerimenti utili per come leggere e valorizzare il campo trasformativo delle pratiche sociali che si generano nella comunità e nelle organizzazioni dal basso, alla cui luce strutturare rapporti con il mondo istituzionale che di queste trasformazioni dovrebbe essere al servizio. Naturalmente, premesse importanti per muoversi in tal senso sono la capacità di leggere le reciproche implicazioni, sgomberare il campo dai conflitti di interesse, agire in modo attivo e consapevole sulle dinamiche di potere senza negare i necessari conflitti.

La seconda esplorazione ha testato la forza del concetto di comune, inteso come principio politico, nel leggere la produzione dei movimenti nei termini di creazione di nuove istituzioni. Liberare lo sguardo dalla dialettica Stato-mercato, campi intrappolati dai processi di privatizzazione neoliberista, consente di aprirsi a nuovi immaginari per la costruzione di società in salute. Benché si tratti di innovazioni ancora ai margini, lontane dall'aver trovato soluzioni universalmente accessibili e tanto meno sostenibilità di lungo termine per il proprio agire, le esperienze dei movimenti sui piani dell'autoproduzione alimentare, culturale e di contesti di cura altri aprono strade nuove che rimettono al centro le relazioni sociali come/con valore fondativo. Da un confronto con questo terreno di pratiche, la promozione della salute può riflettere sui limiti di un posizionamento istituzionale inteso con autoreferenzialità, e aprirsi a esplorare in modo laico i luoghi dove si opera per una tutela della salute come portato collettivo al di fuori delle relazioni di mercato. Non un approccio “*multi-stakeholder*”, come si predica nelle istituzioni internazionali dietro una parvenza di neutralità che appiattisce i diversi ruoli e giustifica lo *status quo*, ma alleanze che possono trovare nel “comune” uno spazio reale di co-costruzione partecipata di valore a beneficio di tutte e tutti.

Infine, la terza esplorazione ha cercato, nella salute pubblica e nei movimenti, segnali di attenzione alle profonde interrelazioni tra società umana, modi di produzione e sostenibilità ambientale, che risultano particolarmente critiche e rischiano di vanificare qualunque approccio di promozione e tutela della salute, se radicato e sostenuto da un modello di sviluppo distruttivo del pianeta. Nel farlo, lo sforzo è stato di ricercare anche una fondazione profonda, una lettura ontologica di questi rapporti con riferimenti al paradigma del *Buen Vivir* e alla relativa cosmovisione propria dei popoli originari della regione andina. Nuovamente, questo appare come un fronte in costruzione dove ancora molto è da fare, ma in cui i movimenti mostrano una maggiore sensibilità e capacità di andare alle cause profonde delle problematiche che, spesso, le stesse persone e comunità attive vivono sulla propria pelle. L'esplorazione di fonti di riflessione e sperimentazione provenienti da altri mondi è un invito all'apertura nella ricerca di soluzioni che, come insegna Einstein, non possono essere trovate con i medesimi schemi di pensiero che hanno prodotto i problemi da risolvere. In questo ambito, la promozione della salute è strategicamente posizionata per giocare un ruolo di collegamento (tra i vari campi di ricerca e intervento, così come tra il piano delle politiche e quello della comunità), ma anche per legittimare l'apertura a visioni altre (dato il suo carattere interdisciplinare), non sostitutive del piano strettamente scientifico ma in grado di fornire un'importante cornice di senso in cui inserire e direzionare gli sforzi.

Spero che quanto raccolto in questi anni “in movimento” trovi in questo lavoro un punto di sosta e di emergenza critica, tramite cui entrare in contatto con altri sguardi, esperienze e pensieri. Mentre scrivo, la ricerca-azione continua a dare frutti nei termini di nuove connessioni, riflessioni e pratiche con cui l'elaborato è in viva e mutua relazione. È questo ciò che mi consente di concludere, senza chiudere.

Bibliografia

Adams, Barbara, e Jens Martens. 2015. *Fit for Whose Purpose? Private Funding and Corporate Influence in the United Nations*. Bonn New York: GPF.

Ahmed, Ikhlaaq, Alexander J. Sutton, e Richard D. Riley. 2012. «Assessment of Publication Bias, Selection Bias, and Unavailable Data in Meta-Analyses Using Individual Participant Data: A Database Survey». *BMJ* 344 (gennaio):d7762. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7762>.

AllTrials Campaign. s.d. «All Trials Registered. All Results Reported». *AllTrials* (blog). Consultato 30 novembre 2017. <http://www.alltrials.net/>.

American Heart Association. 2016. «High Blood Pressure and African Americans». 2016. http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HighBloodPressure/UnderstandSymptomsRisks/High-Blood-Pressure-and-African-Americans_UCM_301832_Article.jsp.

ARTE TV. 2017. *L'OMS dans les griffes des lobbyistes*. <https://www.youtube.com/watch?v=8gCa3VsjvxY>.

Atkinson, Stephen, e Ben Cottam. 2011. «How Doctors Can Close the Gap: Tackling the Social Determinants of Health». *Clinical Medicine (London, England)* 11 (1):57–60.

Atun, Rifat A., Sara Bennet, e Antonio Duran. 2008. «When do Vertical (Stand-Alone) Programmes have a Place in Health Systems?» World Health Organization 2008 and World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. https://www.researchgate.net/publication/242573241_When_do_Vertical_Stand-Alone_Programmes_have_a_Place_in_Health_Systems.

Autès, Michel. 1992. *Travail social et pauvreté*. Alternatives sociales. Paris: Syros-Alternatives.

Baillie, L., J. Bassett-Smith, e S. Broughton. 2000. «Using Communicative Action in the Primary Prevention of Cancer». *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education* 27 (4):442–53. <https://doi.org/10.1177/109019810002700407>.

Balandier, Georges. 1991. *Il disordine. Elogio del movimento*. A cura di Annamaria Rivera. Bari: Dedalo.

Barbier, René. 2008. *La ricerca-azione*. Armando.

Basu, R. 2015. «Disorders related to heat waves». In *Climate change and public health*. Oxford ; New York: Oxford University Press.

Baum, F. 1995. «Researching Public Health: Behind the Qualitative-Quantitative Methodological Debate». *Social Science & Medicine (1982)* 40 (4):459–68.

———. 2006. «Participatory Action Research». *Journal of Epidemiology & Community Health* 60 (10):854–57. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.028662>.

Bauman, Zygmunt. 2010. *Modernità e olocausto*. Il Mulino.

Benatar, S. R., e Gillian Brock, a c. di. 2011. *Global health and global health ethics*. Cambridge medicine. Cambridge ; New York: Cambridge University Press.

Benci, Luca. 2015. «Privatizzare gli ospedali? La via del project financing». *SaluteInternazionale* (blog). 28 aprile 2015. <http://www.saluteinternazionale.info/2015/04/privatizzare-gli-ospedali-la-via-del-project-financing/>.

———. 2017. «Il project financing in Toscana. I conti non tornano». *SaluteInternazionale* (blog). 4 settembre 2017. <http://www.saluteinternazionale.info/2017/09/il-project-financing-in-toscana-i-conti-non-tornano/>.

Berlinguer, Giovanni. 1974. *Medicina e politica*. Bari: De Donato.

Berlinguer, Giovanni, Sonia Fleury, e Gastão Wagner de Sousa Campos. 1988. *Reforma sanitaria, Italia e Brasil*. São Paulo : Londrina, PR: Centro Brasileiro de Estudos da Saude.

Bijma, Jelle, Hans-O. Pörtner, Chris Yesson, e Alex D. Rogers. 2013. «Climate change and the oceans – What does the future hold?» *Marine Pollution Bulletin*, The Global State of the Ocean; Interactions Between Stresses, Impacts and Some Potential Solutions. Synthesis papers from the International Programme on the State of the Ocean 2011 and 2012 Workshops, 74 (2):495–505. <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2013.07.022>.

Birdsdall, Nancy. 2005. «The World is not Flat: Inequality and Injustice in our Global Economy». Center For Global Development. 2005. <https://www.cgdev.org/article/world-not-flat-inequality-and-injustice-our-global-economy>.

Birn, Anne-Emanuelle. 2014. «Backstage: The Relationship between the Rockefeller Foundation and the World Health Organization, Part I: 1940s-1960s». *Public Health* 128 (2):129–40. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.11.010>.

Birn, Anne-Emanuelle, e Judith Richter. 2017. «U.S. Philanthrocapitalism and the Global Health Agenda – PEAH – Policies for Equitable Access to Health». 2017. <http://www.peah.it/2017/05/4019/>.

Blacksmith Institute. 2014. «Top ten countries turning the corner on toxic pollution». Green Cross Switzerland, Blacksmith Institute for a Pure Earth, Global Alliance on Health and Pollution. <http://www.worstpolluted.org/>.

Bobatto, Marcela, e Sandra Marín. 2016. «Aproximaciones al Buen Vivir, Sumak Kawsay, Sumaj qamaña, Ütz.’ K.’aslemal, Lekil kujlejal, Küme mongen, La tierra sin males, Vida en Plenitud». MSP-LA.

Bodini, Chiara. 2013. «Il personale (medico) è politico. Salute globale e processi tras/formativi in Italia». Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna.

———. , a c. di. 2016. *Building a movement for health*. Cape Town: People’s Health Movement. <https://twha.be/phm-manual>.

Bodini, Chiara, Giulia Civitelli, Alice Fabbri, Angelo Lorusso, Nadia Maranini, Marianna Parisotto, e Alessandro Rinaldi. 2015. «Ripensare la formazione in salute. Un dibattito a cura della Rete

Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale». *Quaderni ACP* 22:127–129.

Bonanno, Giulia, Elisa Cennamo, e Antonella Torchiaro. 2015. «La partecipazione comunitaria per la riappropriazione del diritto alla salute». *SaluteInternazionale* (blog). 21 settembre 2015. <http://www.saluteinternazionale.info/2015/09/partecipazione-comunitaria-e-diritto-alla-salute/>.

Bossert, Thomas J., e Thomas Leisewitz. 2016. «Innovation and Change in the Chilean Health System». *New England Journal of Medicine* 374 (1):1–5. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1514202>.

Boumard, P. 2012. «L’implicazione. Nuove prospettive dell’analisi istituzionale.» In *Implicazione*, a cura di Leonardo Montecchi. Carrù (Cuneo): Sensibili alle foglie.

Bourdieu, Pierre. 2003. *Per una teoria della pratica: con tre studi di etnologia cabila*. Milano: Cortina.

Brecher, Jeremy, Tim Costello, e Brendan Smith. 2000. *Globalization from below: the power of solidarity*. Cambridge, Mass: South End Press.

Breilh, Jaime. 2011. «La subversión del buen vivir (rebeldía esclarecida para el siglo XXI: una perspectiva crítica de la obra de Bolívar Echeverría)». *Salud colectiva* 7 (3):389–97.

———. 2013. «La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)». *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (dicembre):13–27.

Brulle, Robert J., e David N. Pellow. 2006. «Environmental Justice: Human Health and Environmental Inequalities». *Annual Review of Public Health* 27:103–24. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102124>.

Bullard, Robert D., Paul Mohai, Robin Saha, e Beverly Wright. 2008. «Toxic Wastes and Race at Twenty: Why Race Still Matters after all of These Years». *Environmental Law* 38:371.

Buse, Kent, e Andrew M. Harmer. 2007. «Seven Habits of Highly Effective Global Public-Private Health Partnerships: Practice and Potential». *Social Science & Medicine* (1982) 64 (2):259–71. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.09.001>.

Buse, Kent, Sonja Tanaka, e Sarah Hawkes. 2017. «Healthy people and healthy profits? Elaborating a conceptual framework for governing the commercial determinants of non-communicable diseases and identifying options for reducing risk exposure». *Globalization and Health* 13 (giugno):34. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0255-3>.

Calhoun, Craig. 2008. «Foreword». In *Engaging contradictions: theory, politics, and methods of activist scholarship*. Global, area, and international archive. Berkeley: University of California Press.

Cameron, Marsaili, Nikki Crane, Richard Ings, e Karen Taylor. 2013. «Promoting Well-Being through Creativity: How Arts and Public Health Can Learn from Each Other». *Perspectives in Public Health* 133 (1):52–59. <https://doi.org/10.1177/1757913912466951>.

Campi Aperti. 2014. «Campi Aperti. Carta dei principi». *CampiAperti* (blog). 2014. <http://www.campiaperti.org/chi-siamo/regolamento/>.

- Campos, Gastão Wagner de Sousa. 2008. «How to reinvent the management and functioning of public systems and organisms of the state?» *Ciência & Saúde Coletiva* 13 (dicembre):2019–21. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900003>.
- Castel, Robert. 2007. *La metamorfosi della questione sociale: una cronaca del salariato*. Avellino: Sellino.
- Castoriadis, Cornelius. 1995. *L'istituzione immaginaria della società*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cattaneo, Adriano. 2014. «Sunshine Act. La trasparenza nelle transazioni tra medici e Big Pharma». *SaluteInternazionale* (blog). 20 marzo 2014. <http://www.saluteinternazionale.info/2014/03/sunshine-act-la-trasparenza-nelle-transazioni-tra-medici-e-big-pharma/>.
- CDCA. 2017. «Atlante Italiano dei Conflitti Ambientali». Environmental Justice Atlas. 2017. <http://atlanteitaliano.cdca.it/>.
- Chang, Shu-Sen, David Stuckler, Paul Yip, e David Gunnell. 2013. «Impact of 2008 Global Economic Crisis on Suicide: Time Trend Study in 54 Countries». *BMJ* 347 (settembre):f5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>.
- Chapela Mendoza, Maria del Consuelo. s.d. «Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria.» Consultato 7 agosto 2017. http://www.famp.es/racs/ObsSalud/documentos/Promocion_de_la_Salud.pdf.
- Christidis, Nikolaos, Peter A. Stott, Gareth S. Jones, Hideo Shiogama, Toru Nozawa, e Jürg Luterbacher. 2012. «Human Activity and Anomalously Warm Seasons in Europe». *International Journal of Climatology* 32 (2):225–39. <https://doi.org/10.1002/joc.2262>.
- Cima, Sergio, e Roberto Satolli. 2008. «Incertezza e conflitti di interesse in medicina». Istituto di Ricerche Farmacologiche «Mario Negri», Milano. http://www.partecipasalute.it/cms/files/Cap2_Incertezza%20e%20conflitti%20di%20interessi%20in%20medicina.pdf.
- Clapp, Jennifer, e Peter Dauvergne. 2011. *Paths to a Green World: The Political Economy of the Global Environment*. <http://site.ebrary.com/id/10513543>.
- Cohn, Amélia. 1989. «Caminhos da reforma sanitária». *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n. 19 (novembre):123–40. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451989000400009>.
- «Community Campus Partnerships for Health». s.d. Consultato 19 agosto 2017. <https://ccph.memberclicks.net/>.
- Confluencia Nuevo B'aqtun. 2014. «El Utzllij K'aslema· El Raxnaquill K'aslema. El Buen Vivir de los Pueblos de Guatemala.» http://www.altaalegremia.com.ar/Archivos-Website/BUEN_VIVIR_Pueblos_Guatemala.pdf.
- Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde. 2011. «Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal». Ministério da Saúde, Brasília. http://www.conasems.org.br/files/cartilha_participacao_social_setembro.pdf.

- Contandriopoulos, Damien. 2004. «A Sociological Perspective on Public Participation in Health Care». *Social Science & Medicine* (1982) 58 (2):321–30.
- Corte dei Conti. 2016. «Decisione e relazione al consiglio regionale sul rendiconto generale della Regione Toscana per l'esercizio finanziario 2016». http://www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/toscana/2017/rendiconto_2016_documento_sintesi_relazione.pdf.
- Costello, Anthony, Mustafa Abbas, Adriana Allen, Sarah Ball, Sarah Bell, Richard Bellamy, Sharon Friel, et al. 2009. «Managing the Health Effects of Climate Change». *The Lancet* 373 (9676):1693–1733. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60935-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60935-1).
- Curtis, Mark. 2016. «Gated Development - is the Gates Foundation always a force for good?». Global Justice Now. 20 gennaio 2016. <http://www.globaljustice.org.uk/resources/gated-development-gates-foundation-always-force-good>.
- Daniels, Karen, Rene Loewenson, Asha George, Natasha Howard, Gergana Koleva, Simon Lewin, Bruno Marchal, et al. 2016. «Fair publication of qualitative research in health systems: a call by health policy and systems researchers». *International Journal for Equity in Health* 15 (giugno):98. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0368-y>.
- Dardot, Pierre, e Christian Laval. 2013. *The New Way of the World: On Neoliberal Society*. London ; New York: Verso.
- . 2015. *Del Comune, o della rivoluzione nel XXI secolo*. Roma: DeriveApprodi.
- Day, Michael. 2015. «Italian Expert Questions Need for Expanded Vaccination Schedule». *BMJ* 351 (novembre):h6181. <https://doi.org/10.1136/bmj.h6181>.
- De Nicola, Alberto. 2015. «Strategie di sopravvivenza. Economia informale e trasformazioni del welfare in Europa». *Zapruder* 38. storieinmovimento.org/2015/11/11/trentottesimo-numero/.
- De Sario, Beppe, e Antonio Lenzi. 2015. «Welfare dal basso. Il benessere fuori dall'ordine». *Zapruder* 38. storieinmovimento.org/2015/11/11/trentottesimo-numero/.
- De Vogli, Roberto, Alessio Vieno, e Michela Lenzi. 2014. «Mortality Due to Mental and Behavioral Disorders Associated with the Great Recession (2008-10) in Italy: A Time Trend Analysis». *European Journal of Public Health* 24 (3):419–21. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt173>.
- De Vos, Pol, Wim De Ceukelaire, Geraldine Malaise, Dennis Pérez, Pierre Lefèvre, e Patrick Van der Stuyft. 2009. «Health through People's Empowerment: A Rights-Based Approach to Participation». *Health and Human Rights* 11 (1):23–35.
- «Declaración de Iximche'». 2007. III Cumbre Continental de Pueblos y Nacionalidades Indígenas del Abya Yala. <http://www.cumbrecontinentalindigena.org/iximche.php>.
- «Declaration of Nyéléni». 2017. Nyéléni. 27 febbraio 2017. <https://nyeleni.org/spip.php?article290>.
- «Declaration of Rosario». 2017. www.madretierraunasolasalud.org.
- DeJong, Colette, Thomas Aguilar, Chien-Wen Tseng, Grace A. Lin, W. John Boscardin, e R. Adams

- Dudley. 2016. «Pharmaceutical Industry–Sponsored Meals and Physician Prescribing Patterns for Medicare Beneficiaries». *JAMA Internal Medicine* 176 (8):1114–22. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.2765>.
- Deleuze, Gilles, e Félix Guattari. 2014. *Mille piani: capitalismo e schizofrenia*. Roma: LIT edizioni.
- Della Porta, Donatella, a c. di. 2006. *Globalization from below: transnational activists and protest networks*. Social movements, protest, and contention, v. 26. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Dentico, Nicoletta. 2017. «Il great game politico-sanitario mondiale». *Sbilanciamoci.info* (blog). 30 gennaio 2017. <http://sbilanciamoci.info/oms-great-game-politico-sanitario-mondiale/>.
- Devereux, George. 1984. *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*. Istituto della Enciclopedia italiana.
- Dickersin, Kay, e Iain Chalmers. 2011. «Recognizing, investigating and dealing with incomplete and biased reporting of clinical research: from Francis Bacon to the WHO». *Journal of the Royal Society of Medicine* 104 (12):532–38. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2011.11k042>.
- Eakin, Joan M. 2016. «Educating Critical Qualitative Health Researchers in the Land of the Randomized Controlled Trial». *Qualitative Inquiry* 22 (2):107–18. <https://doi.org/10.1177/1077800415617207>.
- Ebell, Mark H. 2017. «WHO Downgrades Status of Oseltamivir». *BMJ* 358 (luglio):j3266. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3266>.
- Enria, Graciela María Teresita, Lorena Cecilia D'Andrea, Claudio Mario Staffolani, Francisco Javier Colunga Gallegos, Francisco J. Álvarez Rodríguez, Maritza Mera Gaona, Mireya Bentancur Acosta, e María de los Milagros Colobig. 2014. *Promoción de la salud. Una perspectiva latinoamericana*. Iniciativa Latinoamericana de Libros de Texto abiertos (LATIn). http://www.proyectolatin.org/books/Promocion_de_la_Salud_CC_BY-SA_3.0.pdf.error.
- EPOS. s.d. «Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU». Consultato 7 settembre 2017. https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/ppp_finalreport_en.pdf.
- Equinet. s.d. «Participatory Action Research Portal». Consultato 30 novembre 2017. <http://www.equinet africa.org/content/portal-resources-participatory-action-research>.
- Euromonitor. 2014. «Does Economic Growth Raise Life Expectancy?» *Euromonitor International Blog* (blog). 14 marzo 2014. <http://blog.euromonitor.com/2014/03/economic-growth-and-life-expectancy-do-wealthier-countries-live-longer.html>.
- FAO. 2008. «Climate change and food security: a framework document». <http://www.fao.org/docrep/010/k2595e/k2595e00.htm>.
- FAO, OIE, WHO, UN System Influenza Coordination, UNICEF, e World Bank. 2008. «Contributing to One World, One Health». <http://www.fao.org/docrep/011/aj137e/aj137e00.htm>.
- Field, Christopher B., e Vicente R. Barros, a c. di. 2014. *Climate change 2014: impacts, adaptation,*

and vulnerability: Working Group II contribution to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. New York, NY: Cambridge University Press.

Ford, James D. 2012. «Indigenous Health and Climate Change». *American Journal of Public Health* 102 (7):1260–66. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300752>.

Forouzanfar, Mohammad H., Lily Alexander, H. Ross Anderson, Victoria F. Bachman, Stan Biryukov, Michael Brauer, Richard Burnett, et al. 2015. «Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks in 188 Countries, 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013». *The Lancet* 386 (10010):2287–2323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00128-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00128-2).

Foster, John Bellamy, Brett Clark, e Richard York. 2010. *The ecological rift: capitalism's war on the earth*. New York: Monthly Review Press.

Foucault, Michel. 1998. *Nascita della clinica: una archeologia dello sguardo medico*. Torino: Einaudi.

Foucault, Michel, e Gilles Deleuze. 1972. «Intellectuals and power: A conversation between Michel Foucault and Gilles Deleuze». libcom.org. 1972. <http://libcom.org/library/intellectuals-power-a-conversation-between-michel-foucault-and-gilles-deleuze>.

Frasquilho, Diana, Margarida Gaspar Matos, Ferdinand Salonna, Diogo Guerreiro, Cláudia C. Storti, Tânia Gaspar, e José M. Caldas-de-Almeida. 2016. «Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review». *BMC Public Health* 16 (febbraio). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2720-y>.

Freire, Paulo. 2013. *La pedagogia degli oppressi*. Torino: Gruppo Abele.

Friedman, Thomas L. 2005. *The world is flat: [a brief history of the twenty-first century]*. New York: Audio Renaissance.

Giardini, Federica, Ugo Mattei, e Rafael Spregelburd, a c. di. 2012. *Teatro Valle occupato: la rivolta culturale dei beni comuni*. 1. ed. FuoriFuoco 44. Roma: DeriveApprodi.

Gilman, Sander L, a c. di. 2013. *Race in Contemporary Medicine*. Hoboken: Taylor and Francis. <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1395154>.

Goodman, A H. 2000. «Why genes don't count (for racial differences in health).» *American Journal of Public Health* 90 (11):1699–1702.

Gould, E.A., e S. Higgs. 2009. «Impact of climate change and other factors on emerging arbovirus diseases». *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 103 (2):109–21. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.07.025>.

Gramsci, Antonio. 2014. *Quaderni del carcere*. A cura di Valentino Gerratana e Istituto Gramsci. Torino: Einaudi.

Grant, James P. 1989. *The State of the World's Children*. New York: UNICEF, Oxford University Press. https://www.unicef.org/about/history/files/sowc_1989.pdf.

- Greenhalgh, Trisha, Ellen Annandale, Richard Ashcroft, James Barlow, Nick Black, Alan Bleakley, Ruth Boaden, et al. 2016. «An Open Letter to *The BMJ* Editors on Qualitative Research». *BMJ* 352 (febbraio):i563. <https://doi.org/10.1136/bmj.i563>.
- Greenwood, Davydd J. 2008. «Theoretical Research, Applied Research, and Action Research The Deinstitutionalization of Activist Research». In *Engaging contradictions: theory, politics, and methods of activist scholarship*. Global, area, and international archive. Berkeley: University of California Press.
- Griffin, Paul. 2017. «The Carbon Majors Database». CDP. <https://www.cdp.net/en/articles/media/new-report-shows-just-100-companies-are-source-of-over-70-of-emissions>.
- Grosfoguel, Ramón. 2012. «El concepto de “racismo” En Michel Foucault y Frantz Fanon: teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser». *Tabula Rasa*, n. 16 (gennaio):79–102.
- . 2013. ¿Cómo luchar decolonialmente? Periódico Diagonal. <https://www.diagonalperiodico.net/saberes/como-luchar-decolonialmente.html>.
- Grup-pa. 2015. «The contribution of civil society organisations to achieving health for all - Italy». <https://gruppaphm.noblogs.org/report-di-fase-1/>.
- Guattari, Félix, e Suely Rolnik. 2008. *Molecular Revolution in Brazil*. New ed. Semiotext(e) Foreign Agents Series. Los Angeles, CA : Cambridge, Mass: Semiotext(e) ; Distributed by MIT Press.
- Guimarães, Cristian Fabiano. 2016. *O Coletivo na Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Guimarães, Cristian Fabiano, e Rosane Azevedo Neves da Silva. 2015. «Notes for understanding the problem of “public” health in the health sector». *Ciência & Saúde Coletiva* 20 (3):913–24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.02002014>.
- Hale, Charles R., a c. di. 2008. *Engaging contradictions: theory, politics, and methods of activist scholarship*. Global, area, and international archive. Berkeley: University of California Press.
- Hansen, J., R. Ruedy, M. Sato, e K. Lo. 2010. «Global Surface Temperature Change». *Reviews of Geophysics* 48 (4). <https://doi.org/10.1029/2010RG000345>.
- Hardoon, Deborah. 2017. «An economy for the 99% | Oxfam International». Oxfam. 2017. <https://www.oxfam.org/en/research/economy-99>.
- Harvey, David. 2005. *A brief history of neoliberalism*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Health Poverty Action. 2016. «Power and privilege: taking a look at ourselves». *Health Poverty Action* (blog). 28 luglio 2016. <https://www.healthpovertyaction.org/news/power-and-privilege-taking-a-look-at-ourselves/>.
- Hess, Remi, e Gaby Weigand. 2008. *Corso di analisi istituzionale*. Roma: Sensibili alle foglie.
- Hester, Ronald E., a c. di. 2012. *Soils and Food Security*. Issues in Environmental Science and Technology 35. Cambridge: Royal Soc. of Chemistry.

- Hicks, Diana, Paul Wouters, Ludo Waltman, Sarah de Rijcke, e Ismael Rafols. 2015. «Bibliometrics: The Leiden Manifesto for research metrics». *Nature* 520 (7548):429–31. <https://doi.org/10.1038/520429a>.
- Horton, Richard. 2008. «Countdown to 2015: A Report Card on Maternal, Newborn, and Child Survival». *The Lancet* 371 (9620):1217–19. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60533-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60533-4).
- Horton, Richard, e Selina Lo. 2015. «Planetary Health: A New Science for Exceptional Action». *The Lancet* 386 (10007):1921–22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61038-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61038-8).
- Hotopf, Max. 2017. «World Bank Moves towards Including the Private Sector in Healthcare». Healthcare Business International. 11 ottobre 2017. <https://www.healthcarebusinessinternational.com/world-bank-moves-towards-including-the-private-sector-in-healthcare-2/>.
- Hsiao, William C., e Peter S. Heller. 2007. *What Macroeconomists Should Know about Health Care Policy*. International Monetary Fund.
- Hunger For Trade. 2013. Marzia, introducing the Campaign “Genuino Clandestino”. <https://vimeo.com/89431476>.
- IEA, ISEE, EUPHA. 2013. «The Major Public Health Associations Express Concern About European Health and Health Research». International Epidemiological Association (IEA), International Society for Environmental Epidemiology (ISEE), European Public Health Association (EUPHA). <http://www.isglobal.org/en/-/las-principales-asociaciones-europeas-de-salud-publica-preocupadas-por-los-sistemas-de-investigacion-sanitaria>.
- IPCC, a c. di. 2015. *Climate Change 2014: Synthesis Report*. Geneva, Switzerland: Intergovernmental Panel on Climate Change.
- Irwin, A., e E. Scali. 2007. «Action on the Social Determinants of Health: A Historical Perspective». *Global Public Health* 2 (3):235–56. <https://doi.org/10.1080/17441690601106304>.
- Jack, Andrew. 2014. «Tamiflu: “A Nice Little Earner”». *BMJ* 348 (aprile):g2524. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2524>.
- Jacobs, Andrew, e Matt Richtel. s.d. «How Big Business Got Brazil Hooked on Junk Food - The New York Times». Consultato 20 settembre 2017. https://www.nytimes.com/interactive/2017/09/16/health/brazil-obesity-nestle.html?hpw&rref=health&action=click&pgtype=Homepage&module=well-region®ion=bottom-well&WT.nav=bottom-well&_r=0.
- Jorgenson, Andrew, Juliet Schor, e Xiaorui Huang. 2017. «Income Inequality and Carbon Emissions in the United States: A State-level Analysis, 1997–2012». *Ecological Economics* 134 (Supplement C):40–48. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2016.12.016>.
- Kentikelenis, Alexander E. 2017. «Structural adjustment and health: A conceptual framework and evidence on pathways». *Social Science & Medicine* 187 (agosto):296–305. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.021>.
- Klein, Naomi. 2015. *This Changes Everything: Capitalism vs. the Climate*. New York: Simon &

Schuster.

Klein, Rudolph. 1993. «Health care reform: the global search for utopia.» *BMJ : British Medical Journal* 307 (6907):752.

Kondilis, Elias, Stathis Giannakopoulos, Magda Gavana, Ioanna Ierodiakonou, Howard Waitzkin, e Alexis Benos. 2013. «Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case». *American Journal of Public Health* 103 (6):973–79.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301126>.

Krieger, Nancy. 2002. «Is Breast Cancer a Disease of Affluence, Poverty, or Both? The Case of African American Women». *American Journal of Public Health* 92 (4):611–13.

———. 2011. *Epidemiology and the people's health: theory and context*. New York: Oxford University Press.

Krieger, Nancy, Margarita Alegría, Naomar Almeida-Filho, Jarbas Barbosa da Silva, Maurício L. Barreto, Jason Beckfield, Lisa Berkman, et al. 2010. «Who, and What, Causes Health Inequities? Reflections on Emerging Debates from an Exploratory Latin American/North American Workshop». *Journal of Epidemiology and Community Health* 64 (9):747–49.
<https://doi.org/10.1136/jech.2009.106906>.

L. 833. 1978. *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*.
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario;jsessionid=Q1sAfJy0iTsDMwpp0KdHIA__.ntc-as5-guri2a?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1978-12-28&atto.codiceRedazionale=078U0833&elenco30giorni=false.

La Cecla, Franco. 2015. *Contro l'urbanistica: la cultura delle città*. Vele 103. Torino: Giulio Einaudi editore.

Labonté, Ronald. 2004. «Social Inclusion/Exclusion: Dancing the Dialectic». *Health Promotion International* 19 (1):115–21.

———. 2013. «Health Activism in a Globalising Era: Lessons Past for Efforts Future». *The Lancet* 381 (9884):2158–59. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61429-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61429-4).

Laird, Brian D., Alexey B. Goncharov, e Hing Man Chan. 2013. «Body burden of metals and persistent organic pollutants among Inuit in the Canadian Arctic». *Environment International* 59 (Supplement C):33–40. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2013.05.010>.

Landrigan, Philip J, Richard Fuller, Nereus J R Acosta, Olusoji Adeyi, Robert Arnold, Niladri (Nil) Basu, Abdoulaye Bibi Baldé, et al. 2017. «The Lancet Commission on Pollution and Health». *The Lancet*, ottobre. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32345-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32345-0).

l'asilo. 2015. «l'asilo: chi siamo». *l'asilo* (blog). 2015. <http://www.exasilofilangieri.it/chi-siamo/>.

———. 2016. «Si può fare! Il regolamento di uso civico dell'Asilo è stato riconosciuto dal Comune di Napoli». *l'asilo* (blog). 3 gennaio 2016. <http://www.exasilofilangieri.it/si-puo-fare/>.

Latour, Bruno. 1988. *The Pasteurization of France*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

- . 2008. «Nota su alcuni oggetti capelluti». *Fogli di ORISS* 29–30:62–78.
- Laurell, Asa Cristina. 1983. «A saúde-doença como processo social». In *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*, di Everardo Duarte Nunes. Global Editora.
- . 1989. «Social Analysis of Collective Health in Latin America». *Social Science & Medicine* (1982) 28 (11):1183–91.
- Law, John, e Annemarie Mol, a c. di. 2002. *Complexities: social studies of knowledge practices. Science and cultural theory*. Durham: Duke University Press.
- Lee, Kelley. 2009. *The World Health Organization (WHO)*. Routledge global institutions. London ; New York: Routledge.
- Leonhardt, David. 2017. «Our Broken Economy, in One Simple Chart». *The New York Times*, 7 agosto 2017, par. Opinion. <https://www.nytimes.com/interactive/2017/08/07/opinion/leonhardt-income-inequality.html>.
- Levy, Barry S., e Victor W. Sidel, a c. di. 2008. *War and public health*. 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Loewenson, Rene, Asa Cristina Laurell, Christer Hogstedt, Lucia D’Ambruoso, Zubin Shroff, e EQUINET (Organization). 2014. *Participatory Action Research in Health Systems: A Methods Reader*.
- Lourau, René. 1999. *La Chiave dei campi: un’introduzione all’analisi istituzionale*. Sensibili Alle Foglie.
- Maccacaro, Giulio A. 1976. «Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute». In . <http://www.medicinademocratica.org/wp/wp-content/uploads/2017/01/intervento-Maccacaro-primo-congresso-MD.pdf>.
- . 1979. *Per una medicina da rinnovare: scritti, 1966-1976*. Feltrinelli.
- Maldonado Ruiz, Luis. 2011. «El Sumak Kawsay como alternativa al desarrollo». presentato al Escuela de gobierno y políticas publicas. https://issuu.com/veronicadelcid/docs/filosofia_pi_y_el_sumak_kawsay_2011.
- Malighetti, Roberto. 2012. «Presentazione: la centralità dei margini». In *Comprendere il dissenso*, a cura di Amalia Rossi e Alexander Koensler. Perugia: Morlacchi.
- Marent, Benjamin, Rudolf Forster, e Peter Nowak. 2012. «Theorizing Participation in Health Promotion: A Literature Review». *Social Theory & Health* 10 (2):188–207. <https://doi.org/10.1057/sth.2012.2>.
- Markowitz, Gerald E, e David Rosner. 2014. *Lead Wars: The Politics of Science and the Fate of America’s Children*. Berkeley: University of California Press.
- Martens, Jens. 2007. *Multistakeholder Partnerships - Future Models of Multilaterism?* Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Martínez-Torres, María Elena, e Peter M. Rosset. 2010. «La Vía Campesina: the birth and evolution of a transnational social movement». *The Journal of Peasant Studies* 37 (1):149–75. <https://doi.org/10.1080/03066150903498804>.

Mason, Rowena. 2015. «Andrew Lansley takes post advising drugs firm involved in dispute with NHS | Politics | The Guardian», 16 novembre 2015. <https://www.theguardian.com/politics/2015/nov/16/andrew-lansley-three-more-advisory-jobs-drugs-firm>.

MBC - FSP. 2017. «Appello per la Gestione Civica di Mondeggi 2017 – mondeggibenecomune». 2017. <https://mondeggibenecomune.noblogs.org/documenti/appello-per-la-gestione-civica-di-mondeggi-2017/>.

McMichael, Anthony J. 2013. «Globalization, Climate Change, and Human Health». *New England Journal of Medicine* 368 (14):1335–43. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1109341>.

MEA. 2005. «Living Beyond Our Means: Natural Assets and Human Well-being». Millennium Ecosystem Assessment. 2005. <https://www.millenniumassessment.org/en/BoardStatement.html>.

Melucci, Alberto. 1991. *L'invenzione del presente: movimenti sociali nelle società complesse*. Studi e ricerche 281. Bologna: Il mulino.

Merhy, Emerson Elias. 1985. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Papyrus Livraria Editora.

Meyer, David S., e Sidney G. Tarrow, a c. di. 1998. *The social movement society: contentious politics for a new century*. People, passions, and power. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.

MMI. 2017. «Statements by non-State actors in official relations with WHO at the WHO governing bodies meetings - EB Special session on the draft Thirteenth General Programme of Work». <https://extranet.who.int/nonstateactorsstatements/>. 2017. <https://extranet.who.int/nonstateactorsstatements/meetingoutline/6>.

Mol, Annemarie. 2002. *The body multiple: ontology in medical practice*. Science and cultural theory. Durham: Duke University Press.

Moodie, Rob, David Stuckler, Carlos Monteiro, Nick Sheron, Bruce Neal, Thaksaphon Thamarangsi, Paul Lincoln, e Sally Casswell. 2013. «Profits and Pandemics: Prevention of Harmful Effects of Tobacco, Alcohol, and Ultra-Processed Food and Drink Industries». *The Lancet* 381 (9867):670–79. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3).

Moore, Jason W. 2016. *Anthropocene or capitalocene? Nature, history, and the crisis of capitalism*. Oakland, CA: PM Press.

Morin, Edgar. 1993. *Introduzione al pensiero complesso. Gli strumenti per affrontare la sfida della complessità*. Sperling & Kupfer.

Mucci, Nicola, Gabriele Giorgi, Mattia Roncaioli, Javier Fiz Perez, e Giulio Arcangeli. 2016. «The correlation between stress and economic crisis: a systematic review». *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 12 (aprile):983–93. <https://doi.org/10.2147/NDT.S98525>.

Negrognolo, Luca. 2016. «Forme di interlocuzione di utenti e familiari nei servizi di salute mentale. Studio etnografico sulle esperienze di partecipazione». Università di Urbino.

Negrognolo, Luca, e Riccardo Ierna. 2014. «L'inclusione è terapeutica?» *il lavoro culturale* (blog). 7 marzo 2014. <http://www.lavoroculturale.org/questione-inclusione/>.

«New value creators gain momentum». 2017. *billionaires-report*. 2017. <https://www.ubs.com/microsites/billionaires-report/en/new-value.html>.

Njanji, Tinashe. 2017. «PHM Endorses the Open Letter to the Executive Board of the World Health Organization». *People's Health Movement – South Africa* (blog). 1 febbraio 2017. <http://phm-sa.org/open-letter-to-the-%e2%80%a8executive-board-of-the-%e2%80%a8world-health-organization/>.

Nunes, Everardo Duarte. 1994. «Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito». *Saúde e Sociedade* 3 (2):5–21. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901994000200002>.

———. 2006. «Saúde coletiva: história recente, passado antigo». In *Tratado de saúde coletiva*, a cura di Gastão Wagner de Sousa Campos. Saúde em debate 170. São Paulo : Rio de Janeiro: Editora Hucitec ; Editora Fiocruz.

OISG. 2008. «From Alma Ata to the Global Fund: The History of International Health Policy». *Social Medicine* 3 (1):36–48.

Osmo, Alan, e Lilia Blima Schraiber. 2015. «O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição». *Saúde e Sociedade* 24 (suppl 1):205–18. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01018>.

Ostry, Jonathan D., Prakash Loungani, e Davide Furceri. 2016. «Neoliberalism: Oversold? -- Finance & Development, June 2016». *Finance and Development*, giugno 2016. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2016/06/ostry.htm>.

Paim, Jairnilson Silva. 2006. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador, BA: EDUFBA.

———. 2008. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador : Rio de Janeiro: EDUFBA ; Editora Fiocruz.

Paim, Jairnilson Silva, e Naomar de Almeida Filho. 1998. «Collective health: a “new public health” or field open to new paradigms?» *Revista de Saúde Pública* 32 (4):299–316. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101998000400001>.

———. 1999. «La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica». <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6060>.

Pappe, Ilan. 2017. «Activism and political organising in academia: a conversation with Ilan Pappe». *openDemocracy*. 11 ottobre 2017. <https://www.opendemocracy.net/ilan-pappe-carol-que/activism-and-political-organising-in-academia-conversation-with-ilan-pappe>.

Parisotto, Marianna. 2015. «“Muover-si”. Pratiche collettive dal basso per promuovere salute e cambiamento.» Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Alma Mater Studiorum

- Università di Bologna.

Parsons, Talcott. 1981. *Il sistema sociale*. Edizioni di Comunità.

Patel, Rajeev C. 2012. «Food Sovereignty: Power, Gender, and the Right to Food». *PLOS Medicine* 9 (6):e1001223. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001223>.

Pavolini, Emmanuele, Margarita León, Ana M. Guillén, e Ugo Ascoli. 2015. «From Austerity to Permanent Strain? The EU and Welfare State Reform in Italy and Spain». *Comparative European Politics* 13 (1):56–76. <https://doi.org/10.1057/cep.2014.41>.

PHM. 2005. «The Cuenca Declaration». People's Health Movement. <http://www.phmovement.org/en/node/798>.

———. 2017. «PHM Statement on WHO's draft Global Program of Work for 2019-23». http://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/PHMStatementOnDraftGPW13_171113.pdf.

PHM, Medact, e Global Equity Gauge Alliance. 2008. *Global Health Watch 2: An Alternative World Health Report*. London: Zed Books.

PHM, Medact, Global Equity Gauge Alliance, Medico International, e Third World Network. 2017. *Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report*. London: Zed Books.

PHM, Medact, Health Action International, Medico International, e Third World Network. 2011. *Global Health Watch 3: An Alternative World Health Report*. London: Zed Books.

PHM, Medact, Medico International, Third World Network, Health Action International, e Asociación Latinoamericana de Medicina Social. 2014. *Global Health Watch 4: An Alternative World Health Report*. London: Zed Books.

Pickering, Thomas G. 2001. «Why Is Hypertension More Common in African Americans?» *The Journal of Clinical Hypertension* 3 (1):50–52. <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2001.990833.x>.

«Planetary Health: A New Discipline in Global Health». 2015. The Rockefeller Foundation. 16 luglio 2015. <https://www.rockefellerfoundation.org/blog/planetary-health-a-new-discipline-in-global-health/>.

Pollock, Anne. 2012. *Medicating Race: Heart Disease and Durable Preoccupations with Difference*. Duke University Press.

Postman, Neil, e Charles Weingartner. 1971. *Teaching as a Subversive Activity*. Harmondsworth: Penguin Books Ltd.

Potito, Michela, Roberta Borghesi, Sara Casna, e Michele Lapini. 2015. *Genuino clandestino: viaggio tra le agri-culture resistenti ai tempi delle grandi opere*. Firenze: AAM Terra Nuova.

Pradella, Lucia, e Thomas Marois, a c. di. 2015. *Polarising development: alternatives to neoliberalism and the crisis*. London: Pluto Press.

Prüss-Üstün, Annette, e C. Corvalán. 2006. *Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva, Switzerland: World Health

Organization.

Prüss-Üstün, Annette, J. Wolf, C. Corvalán, Robert Bos, e M. Neira. 2016. *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Second edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Putland, Christine. 2008. «Lost in Translation: The Question of Evidence Linking Community-Based Arts and Health Promotion». *Journal of Health Psychology* 13 (2):265–76. <https://doi.org/10.1177/1359105307086706>.

Quijano, Anibal. 2000. «Colonialidad del poder y Clasificación Social». *Journal of world-systems research*, Festschrift for Immanuel Wallerstein – Part I, VI (2):342–86.

QuotidianoSanità. 2017. «Il Ssn “perde” 10.000 dipendenti in un anno. In calo anche i costi. Sale età media e cresce lavoro precario. Ecco i numeri del Conto annuale 2015 - Quotidiano Sanità». 19 gennaio 2017. http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=47078.

Ramella, Marcelo, e Rosa Bravo De La Cruz. 2000. «Taking Part in Adolescent Sexual Health Promotion in Peru: Community Participation from a Social Psychological Perspective». *Journal of Community & Applied Social Psychology* 10 (4):271–84. [https://doi.org/10.1002/1099-1298\(200007/08\)10:4<271::AID-CASP583>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1099-1298(200007/08)10:4<271::AID-CASP583>3.0.CO;2-H).

Relman, Arnold S. 1980. «The New Medical-Industrial Complex». *New England Journal of Medicine* 303 (17):963–70. <https://doi.org/10.1056/NEJM198010233031703>.

Rezza, Giovanni. 2009. «Chikungunya and West Nile Virus Outbreaks: What Is Happening in North-Eastern Italy?» *European Journal of Public Health* 19 (3):236–37. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn135>.

Riccio, Martina. 2016. «Dis-fare la disabilità infantile: le pratiche lavorative di operatrici e operatori dei servizi, e il ruolo della ricerca». Dottorato di ricerca in Science, Cognition and Technology Ciclo XXVIII, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna.

Rifkin, Susan B. 1996. «Paradigms Lost: Toward a New Understanding of Community Participation in Health Programmes». *Acta Tropica* 61 (2):79–92.

———. 2009. «Lessons from Community Participation in Health Programmes: A Review of the Post Alma-Ata Experience». *International Health* 1 (1):31–36. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2009.02.001>.

RIISG. 2010. «RIISG - Definizione di Salute Globale». 2010. <http://www.educationglobalhealth.eu/it/salute-globale/9-global-health/247-riisg-definizione-di-salute-globale>.

Robine, Jean-Marie, Siu Lan K. Cheung, Sophie Le Roy, Herman Van Oyen, Clare Griffiths, Jean-Pierre Michel, e François Richard Herrmann. 2008. «Death Toll Exceeded 70,000 in Europe during the Summer of 2003». *Comptes Rendus Biologies* 331 (2):171–78. <https://doi.org/10.1016/j.crv.2007.12.001>.

Rocha, Patrícia Rodrigues da, Helena Maria Scherlowski Leal David, Patrícia Rodrigues da Rocha, e Helena Maria Scherlowski Leal David. 2015. «Determination or determinants? A debate based on

the Theory on the Social Production of Health». *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 49 (1):129–35. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>.

Rockström, Johan, Will Steffen, Kevin Noone, Åsa Persson, F. Stuart III Chapin, Eric Lambin, Timothy Lenton, et al. 2009. «Planetary Boundaries: Exploring the Safe Operating Space for Humanity». *Ecology and Society* 14 (2). <https://doi.org/10.5751/ES-03180-140232>.

Rosen, G. 1983. «A evolução da medicina social». In *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*, di Everardo Duarte Nunes. Global Editora.

Sanità24. 2017. «Vaccini, art.1-Mdp: Interrogazione su possibili conflitti d'interesse». Sanità24. 10 luglio 2017. <http://24o.it/sVE29>.

Santos, Boaventura de Sousa. 2011. «Epistemologías del Sur». *Utopía y Praxis Latinoamericana* 16 (54). <http://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/3429>.

Schraiber, Lilia Blima. 2008. «Saúde coletiva: um campo vivo». In *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*, a cura di Jairnilson Silva Paim. Salvador : Rio de Janeiro: EDUFBA ; Editora Fiocruz.

Sims, Mario, Ana V. Diez-Roux, Amanda Dudley, Samson Gebreab, Sharon B. Wyatt, Marino A. Bruce, Sherman A. James, Jennifer C. Robinson, David R. Williams, e Herman A. Taylor. 2012. «Perceived Discrimination and Hypertension Among African Americans in the Jackson Heart Study». *American Journal of Public Health* 102 (Suppl 2):S258–65. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300523>.

Solar, Orielle, e Alec Irwin. 2007. «Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health». *Health promotion journal of Australia : official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals* 17:180–85.

Song, F., S. Parekh, L. Hooper, Y. K. Loke, J. Ryder, A. J. Sutton, C. Hing, C. S. Kwok, C. Pang, e I. Harvey. 2010. «Dissemination and Publication of Research Findings: An Updated Review of Related Biases». *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 14 (8):iii, ix–xi, 1-193. <https://doi.org/10.3310/hta14080>.

Song, Fujian, Sheetal Parekh-Bhurke, Lee Hooper, Yoon K. Loke, Jon J. Ryder, Alex J. Sutton, Caroline B. Hing, e Ian Harvey. 2009. «Extent of publication bias in different categories of research cohorts: a meta-analysis of empirical studies». *BMC Medical Research Methodology* 9 (novembre):79. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-79>.

Sridhar, Devi, Janelle Winters, e Eleanor Strong. 2017. «World Bank's Financing, Priorities, and Lending Structures for Global Health». *BMJ*, agosto, j3339. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3339>.

Stefanini, Angelo, e Chiara Bodini. 2014. «Salute e partecipazione della comunità. Una questione politica.» *Sistema Salute* 58 (3):308–315.

Stephens, Christine. 2007. «Participation in Different Fields of Practice: Using Social Theory to Understand Participation in Community Health Promotion». *Journal of Health Psychology* 12 (6):949–60. <https://doi.org/10.1177/1359105307082462>.

———. 2014. «Beyond the Barricades: Social Movements as Participatory Practice in Health Promotion». *Journal of Health Psychology* 19 (1):170–75.
<https://doi.org/10.1177/1359105313500245>.

Stiglitz, Joseph E. 2007. *Making Globalization Work*. New York: W.W. Norton & Co.
<http://catalog.hathitrust.org/api/volumes/oclc/154706904.html>.

Stocker, Thomas, a c. di. 2014. *Climate change 2013: the physical science basis: Working Group I contribution to the Fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. New York: Cambridge University Press.

«Stop corporate impunity». 2017. <https://www.stopcorporateimpunity.org/>. 2017.

Stuckey, Heather L., e Jeremy Nobel. 2010. «The Connection Between Art, Healing, and Public Health: A Review of Current Literature». *American Journal of Public Health* 100 (2):254–63.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.156497>.

Tansey, Rachel. 2017. «The creeping privatisation of healthcare». Corporate Europe Observatory.
<https://corporateeurope.org/power-lobbies/2017/06/creeping-privatisation-healthcare>.

Terra Bene Comune. 2013. «Manifesto Campagna Nazionale Terra Bene Comune». 28 agosto 2013.
<https://terrabenecomune.noblogs.org/post/2013/08/28/manifesto-campagna-nazionale-terra-bene-comune/>.

The Guardian. 2017. «The defenders: recording the deaths of environmental defenders around the world | Environment | The Guardian». 2017. <https://www.theguardian.com/environment/ng-interactive/2017/jul/13/the-defenders-tracker>.

Tichenor, Marlee, e Devi Sridhar. 2017. «Universal Health Coverage, Health Systems Strengthening, and the World Bank». *BMJ*, agosto, j3347. <https://doi.org/10.1136/bmj.j3347>.

Tillich, Paul. 2011. *On the Boundary: An Autobiographical Sketch*. Eugene, Or.: Wipf & Stock Publishers.

Torres-Tovar, Mauricio, e Pol De Vos. 2013. «The Correa ‘phenomenon’ in Ecuador: between ‘buen vivir’ and neo-developmentalism». *International Health Policies*, marzo.
<http://archieff.internationalhealthpolicies.org/correa-phenomenon-ecuador-buen-vivir-neo-developmentalism/>.

Turno, R. 2015. «Giovanni Berlinguer, un colosso della sanità pubblica.» *Sanità24*, 7 aprile 2015.
<http://24o.it/oF3ICq>.

UNDP, a c. di. 2016. *Human Development for Everyone*. Human Development Report 2016. New York, NY: United Nations Development Programme.

UNEP. 2011. «Waste: investing in energy and resource efficiency». United Nations Environment Programme.
http://web.unep.org/greeneconomy/sites/unep.org.greeneconomy/files/field/image/8.0_waste.pdf.

———. , a c. di. 2014. *Assessing Global Land Use: Balancing Consumption with Sustainable Supply*. Nairobi, Kenya: United Nations Environment Programme.

- Waitzkin, Howard, Celia Iriart, Alfredo Estrada, e Silvia Lamadrid. 2001a. «Social Medicine in Latin America: Productivity and Dangers Facing the Major National Groups». *Lancet (London, England)* 358 (9278):315–23. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05488-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05488-5).
- . 2001b. «Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America». *American Journal of Public Health* 91 (10):1592–1601.
- Wallerstein, Nina. 2006. «Evidence of Effectiveness of Empowerment Interventions to Improve Health». Health Evidence Network, World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf.
- Wallerstein, Nina, Rosilda Mendes, Meredith Minkler, e Marco Akerman. 2011. «Reclaiming the Social in Community Movements: Perspectives from the USA and Brazil/South America: 25 Years after Ottawa». *Health Promotion International* 26 Suppl 2 (dicembre):ii226-236. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar077>.
- Walsh, J. A., e K. S. Warren. 1979. «Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries». *The New England Journal of Medicine* 301 (18):967–74. <https://doi.org/10.1056/NEJM197911013011804>.
- Waters, Colin N., Jan Zalasiewicz, Colin Summerhayes, Anthony D. Barnosky, Clément Poirier, Agnieszka Gałuszka, Alejandro Cearreta, et al. 2016. «The Anthropocene Is Functionally and Stratigraphically Distinct from the Holocene». *Science* 351 (6269):aad2622. <https://doi.org/10.1126/science.aad2622>.
- Watts, Nick, Markus Amann, Sonja Ayeb-Karlsson, Kristine Belesova, Timothy Bouley, Maxwell Boykoff, Peter Byass, et al. 2017. «The Lancet Countdown on Health and Climate Change: From 25 Years of Inaction to a Global Transformation for Public Health». *The Lancet* 0 (0). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32464-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32464-9).
- «Wealth and Income Database». 2017. <http://wid.world/> (blog). 2017.
- Whitmee, Sarah, Andy Haines, Chris Beyrer, Frederick Boltz, Anthony G. Capon, Braulio Ferreira de Souza Dias, Alex Ezeh, et al. 2015. «Safeguarding Human Health in the Anthropocene Epoch: Report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on Planetary Health». *The Lancet* 386 (10007):1973–2028. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1).
- WHO. 1946. «Constitution of the World Health Organization. 1946.» *Bulletin of the World Health Organization* 80 (12):983–84.
- . 1978. «Declaration of Alma-Ata». World Health Organization. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- . 1986. «Ottawa Charter for Health Promotion». *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique* 77 (6):425–30.
- . 2008. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. 1 edizione. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- . 2014a. «Burden of disease from ambient air pollution for 2012». World Health Organization.

- http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf.
- . 2014b. «Burden of disease from household air pollution for 2012». World Health Organization.
http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/FINAL_HAP_AAP_BoD_24March2014.pdf.
- . 2014c. *Quantitative Risk Assessment of the Effects of Climate Change on Selected Causes of Death, 2030s and 2050s*.
- . 2017a. «Antibacterial agents in clinical development: an analysis of the antibacterial clinical development pipeline, including tuberculosis.» World Health Organization.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258965/1/WHO-EMP-IAU-2017.11-eng.pdf?ua=1>.
- . 2017b. «WHO | Programme Budget Web Portal». 2017. <http://open.who.int/2016-17/contributors#>.
- . 2017c. «WHO Statement on Philip Morris funded Foundation for a Smoke-Free World». <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/philip-morris-foundation/en/>.
- WHO, CBD, e UNEP. 2015. *Connecting Global Priorities: Biodiversity and Human Health: A State of Knowledge Review*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174012/1/9789241508537_eng.pdf?ua=1.
- WHO, e UNICEF. 2015. *Progress on Drinking Water and Sanitation: 2012 Update*. New York; Geneva: UNICEF ; World Health Organization.
http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1142072_0.
- Wikipedia. 2017. «2017 Fipronil Eggs Contamination». *Wikipedia*.
https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=2017_Fipronil_eggs_contamination&oldid=803075861.
- Wilkinson, Richard G., e Kate Pickett. 2009. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London: Allen Lane.
- World Bank. 1988. «Financing Health Services in Developing Countries : An Agenda for Reform». PUB6563. The World Bank.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/Financing-health-services-in-developing-countries-an-agenda-for-reform>.
- Wu Ming, e Wolf Bukowski. 2016. «Il Passante di Bologna, seconda puntata: arrivano i facilitatori». *Internazionale*. 10 dicembre 2016. <https://www.internazionale.it/reportage/wolf-bukowski/2016/12/10/passante-bologna-facilitatori>.
- Yamey, Gavin. 2002a. «Faltering Steps towards Partnerships». *BMJ* 325 (7374):1236–40.
<https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1236>.
- . 2002b. «Why does the world still need WHO?» *BMJ : British Medical Journal* 325 (7375):1294–98.
- Yeh, James S., Jessica M. Franklin, Jerry Avorn, Joan Landon, e Aaron S. Kesselheim. 2016. «Association of Industry Payments to Physicians With the Prescribing of Brand-name Statins in

Massachusetts». *JAMA Internal Medicine* 176 (6):763–68.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1709>.

Zammit, Ann. 2003. *Development at risk : rethinking UN-business partnerships*.
<https://portals.iucn.org/library/node/27164>.

Zibechi, Raúl. 2015. *Alba di mondi altri: i nuovi movimenti dal basso in America Latina*. Riola (BO): Mutus liber.

Zinsstag, Jakob, Esther Schelling, David Waltner-Toews, Maxine Whittaker, Marcel Tanner, e C.A.B. International, a c. di. 2015. *One health: the theory and practice of integrated health approaches*. Wallingford, Oxfordshire, UK ; Boston, MA: CABI.

Allegato I - Cronogramma delle attività

FASE 1	Ott 14	Nov 14	Dic 14	Gen 15	Feb 15	Mar 15	Apr 15	Mag 15	Giu 15	Lug 15	Ago 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15	Gen 16
Revisione della letteratura																
I workshop nazionale per la costituzione del gruppo-soggetto della ricerca-azione (Roma, 24-26 ottobre)																
II workshop nazionale per la definizione del piano di ricerca-azione (Bologna, 22-23 novembre)																
Elaborazione strumenti di ricerca (traccia di intervista, questionario di Mappazione)																
Definizione del protocollo di ricerca, approvato dal Comitato di Bioetica dell'Università di Bologna																
III workshop nazionale per la messa a punto degli strumenti di ricerca (Padova, 6-8 marzo)																
Conduzione interviste (n. 29)																
Incontro nazionale "Salute e movimenti. 1978-2015" (Bologna, 18-19 aprile)																
IV workshop nazionale per analisi collettiva interviste (Montisola, BS, 26-28 giugno)																
Analisi interviste																
V workshop nazionale per la discussione dei risultati preliminari (Roma, 2-4 ottobre)																
Scrittura report nazionale di fase 1																
VI workshop nazionale per la valutazione della fase 1 e la programmazione della fase 2 (Bologna, 18-20 dicembre)																
Incontro internazionale di confronto (Bangkok, 25-28 gennaio)																

FASE 2	Feb 16	Mar 16	Apr 16	Mag 16	Giu 16	Lug 16	Ago 16	Set 16	Ott 16	Nov 16	Dic 16	Gen 17	Feb 17	Mar 17	Apr 17	Mag 16	Giu 17	Lug 17	Ago 17	Sett 17	Ott 17	Nov 17	Dic 17	
Incontro internazionale (di confronto Bangkok, 28-31 gennaio)																								
Preparazione III incontro aperto di ricondivisione/rielaborazione (Sostenibilità, salute come spazio del 'comune')																								
IX workshop nazionale del gruppo di ricerca-azione (Velletri, ROMA, 28-30 aprile)																								
III incontro aperto di ricondivisione/rielaborazione (Sostenibilità, salute come spazio del 'comune'); Roma 19-21 maggio																								
Elaborazione interim report per IDRC (fase 2 di progetto)																								
X workshop nazionale del gruppo di ricerca-azione (Bologna, 30 settembre-1 ottobre) - Valutazione fase 2																								
XI workshop nazionale gruppo di ricerca-azione (Bologna, 12 novembre)																								
Scrittura report di fase 2																								
Stesura elaborato finale di ricerca																								
XII workshop nazionale del gruppo di ricerca-azione (Bologna 16-17 dicembre)																								