

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DOTTORATO DI RICERCA IN

**COOPERAZIONE INTERNAZIONALE E POLITICHE PER LO SVILUPPO
SOSTENIBILE
INTERNATIONAL COOPERATION AND SUSTAINABLE
DEVELOPMENT POLICIES**

Ciclo XXIV

Settore Concorsuale di afferenza: 11/A5 – Scienze Demoetnoantropologiche

Settore Scientifico disciplinare: M-DEA/ 01 Discipline Demoetnoantropologiche

TITOLO TESI

**IL PROCESSO MIGRATORIO COME DETERMINANTE DELLA
SALUTE MENTALE : L'ESPERIENZA DEL CENTRO DI
CONSULTAZIONE SOCIO CULTURALE NEL DISTRETTO DI
PIANURA EST - AUSL DI BOLOGNA**

Presentata da: Ardigó Martino

**Coordinatore Dottorato
Prof. Andrea Segrè**

**Relatore
Prof. Bruno Riccio**

Esame finale anno 2012

Indice generale

| | |
|--|-----|
| I. Introduzione..... | 4 |
| Metodologia: Il lavoro di Consultazione Socio-Culturale nel Distretto di Pianura Est | 7 |
| II. Letteratura di riferimento e quadro teorico..... | 10 |
| Costruire un linguaggio comune: salute, complessità, globalizzazione, diritti, migrazione, equità..... | 10 |
| Il processo della globalizzazione e la salute..... | 10 |
| Globalizzazione, salute e le nuove sfide per gli operatori sanitari. | 13 |
| Diseguaglianze in Salute e il quadro dei Determinanti Sociali | 24 |
| I determinanti di salute: | 45 |
| I Dispositivi di Consultazione Culturale in un'ottica comparata..... | 64 |
| Brevi note a riguardo di altre metodologie di lavoro utilizzate. | 71 |
| III. Esperienza di vita, contesto sociale, ecologico ed itinerari terapeutici: incorporando Pianura Est. | 74 |
| Il Sapere Medico come forza istituzionalizzante dello spazio geografico e l'epidemia di riforme sanitarie degli anni '90: Il distretto di Pianura Est..... | 74 |
| Pianura Est tra spazio determinato e spazio determinante:..... | 92 |
| Descrivendo Pianura Est tra misurato e percepito..... | 95 |
| Il Distretto di Pianura Est e le sue rappresentazioni | 95 |
| Quadro socio-economico..... | 98 |
| Il Centro di Consultazione come co-autore di una narrazione complessa..... | 117 |
| I casi del Centro di Consultazione | 120 |
| Pham Peng Dung, la Violenza Strutturale tra Storia e storia. L'utilizzo dei Determinanti Sociali come traccia per la ricostruzione anamnestica..... | 120 |
| Culturalismo, Inter-nazionalità ed il ruolo dell'antropologia medica: il caso di Ghalia Mernissi | 141 |
| L'antropologia medica del post-culturalismo: il caso Caso Nabil Neqrouz..... | 184 |
| La consultazione attraverso i temi sollevati | 212 |
| IV. Conclusioni | 216 |
| Il modello di consultazione culturale e la piacevole storia di un presupposto teorico sbagliato..... | 216 |
| Il migrante immaginato: la promozione della salute tra esotismo e fragilità | 218 |
| Tra Public Health e Medical Anthropology: saperi emergenti e nuove strategie di contrasto alle disuguaglianze al tempo della globalizzazione | 220 |
| Considerazioni finali | 223 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 225 |
| SITOGRAFIA..... | 239 |

I. INTRODUZIONE

Alla fine degli anni Settanta, alla luce del continuo miglioramento degli indicatori di “sviluppo” e di salute relativi a gran parte della popolazione mondiale e confortato dai continui progressi teorici e tecnologici della Scienza Medica (l'ultimo caso di vaiolo è riportato nel 1975 in Bangladesh¹), Halfdan T. Mahler, direttore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), lancia il programma “*Salute per tutti nell'anno 2000*”².

Il progetto è ambizioso, vorrebbe riportare su scala globale il successo della ripresa economica dell'Europa del secondo dopoguerra, a partire dal presupposto che esistono le risorse economiche, le conoscenze e le tecnologiche per sostenere lo sviluppo anche delle nazioni del mondo con reddito più basso e indicatori di salute peggiori. Il progetto viene ripreso due anni dopo nella Conferenza sull'Assistenza Sanitaria Primaria di Alma Ata del 1978³, tradotto in risoluzione l'anno successivo dalla 32° Assemblea Generale dell'OMS e condensato nella “*Global Strategy for Health for All*”⁴, pubblicata nel 1981.

Alla fine degli anni Novanta, a quasi un ventennio di distanza da quella risoluzione e dopo sostanziali cambiamenti nelle strategie di promozione sanitaria⁵, gli indicatori di salute della popolazione mondiale sono molto lontani dalle attese. L'andamento è così negativo che il progetto “*Salute per tutti nell'anno 2000*” viene ridimensionato attraverso la formulazione dei “*Millenium Development Goals*”, obiettivi meno ambiziosi, specifici e circoscritti. Tuttavia, le strategie messe in atto per raggiungerli sono così lontane dalle idee brillanti degli anni Settanta che, nonostante il “posticipo” al 2015, la maggior parte degli obiettivi dichiarati manca di una credibile prospettiva di successo⁶.

Come se non bastasse, nelle ultime decadi l'epidemiologia ha registrato un progressivo aumento del divario negli indicatori di salute della popolazione, non solo tra gli abitanti dei Paesi ricchi e quelli dei Paesi poveri, ma anche tra diverse fasce della popolazione all'interno dei Paesi (compresi quelli considerati più “sviluppati”).⁷

In un'epoca di notevoli progressi scientifici e di risorse economiche crescenti⁸, quindi, gli Stati non sono più in grado di tradurre le potenzialità di cui dispongono in una migliore salute per tutta la popolazione.

Per spiegare questa incongruenza vengono chiamati in causa diversi fattori, tra cui i processi di globalizzazione, l'attenzione sempre maggiore della medicina nei confronti della biologia e sempre minore nei confronti delle cause sociali e culturali di malattia, un'eccessiva fiducia nella descrizione

¹ Raghunath D., *Smallpox revisited*, Current Science 2002, Vol. 83, No. 5.

² Cueto M., *The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health*, American Journal of Public Health, November 2004, 94(11):1864-1874.

³ FAO-OMS, *Declaration of Alma-Ata*, Alma Ata Kazakistan, 1978. Da: www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

⁴ World Health Organization, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Health for All Series No.3, World Health Organization, Geneva 1981.

⁵ Martino A., Bodini C., *La salute negata: da Alma Ata ai Millenium Development Goals, e ritorno*, in Pellecchia U., Zanotelli F.(a cura di), *La cura e il potere*, Firenze Ed.It. 2010.

⁶ Maciocco G., Stefanini A., *From Alma-Ata to the Global Fund: the history of international health policy*, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2007, 7(4), 479-486.

⁷ Marmot Review Team, *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010*, London, Marmot Review, 2010. Da: <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>

⁸ The World Bank, *World development indicators*, The World Bank, Ed. 2011, p. 200.

quantitativa della realtà, l'approccio mercantilista alla promozione della salute attraverso servizi a scopo di lucro e l'erosione del concetto di diritto alla salute come diritto umano fondamentale e obbligo degli Stati.

Con l'aggravarsi del quadro descritto, il tema delle disuguaglianze in salute ha scalato le liste di priorità delle istituzioni sanitarie a livello locale e globale, fino a essere riconosciuto come l'ostacolo più rilevante alla promozione della salute su scala mondiale.

Inserendo la stringa di ricerca "*health inequalities*", Google restituisce oltre un milione di risultati, 630.000 solo nell'ultimo anno. Inoltre dal 2008, anno di pubblicazione del rapporto della Commissione sui Determinanti Sociali di Salute dell'OMS⁹, le istituzioni sanitarie nazionali e internazionali hanno pubblicato una mole consistente di studi sul tema. Questo ha spinto un medico di base inglese, la Dott.ssa Iona Heath, a pubblicare nel 2010 un commento sulla prestigiosa rivista *British Medical Journal*, dal titolo provocatorio "*Crocodile tears for health inequality*". La Heath osserva che gli studi sulle disuguaglianze stanno producendo gli stessi risultati della lotteria nazionale: "i poveri stanno finanziando i ricchi per fare ricerca sui poveri". L'autrice prosegue sostenendo:

“Comincio a pensare di aver visto troppe meritevoli presentazioni sulla natura, la portata e le dimensioni delle disuguaglianze in salute, a livello locale, nazionale e globale. Mi sono resa colpevole di tali presentazioni in passato, ma quasi nessuno ha più bisogno di sentirsi raccontare queste cose, o di essere invitato a guardare più grafici. Invece abbiamo bisogno di trovare la volontà collettiva per fare qualcosa a riguardo.”

Nelle parole della Heath, le disuguaglianze mettono in discussione la medicina proprio sul suo terreno più sicuro, quello dell'efficacia clinica. La comunità sanitaria, con il suo arsenale di evidenze scientifiche, tecniche sui corpi e sulle cellule, difesa della supremazia della malattia nel corpo rispetto alla percezione individuale e a quella socializzata tacciate di scarsa oggettività (e quindi di inefficacia), non è più in grado di garantire la salute a tutta la popolazione.

Per tali motivi, le disuguaglianze in salute hanno una portata molto maggiore di quella meramente epidemiologica: esse mettono a nudo i limiti della biomedicina, innescando una serie di processi riflessivi e trasformativi a cui i sanitari non possono sottrarsi, ma che necessitano ancora di analisi approfondite e per il momento non dispongono di risposte.

Poiché il campo della salute interseca diversi aspetti della vita sociale, economica, personale, giuridica ed esperienziale della comunità, e rappresenta un terreno scivoloso di rivendicazioni, interessi, diritti e doveri, è prevedibile che le riflessioni sulle disuguaglianze non rimangano confinate all'accademia o in uno spazio teorico-tecnico. Al contrario, soprattutto in uno scenario di crisi economica e carenza di risorse, esse sono destinate a coinvolgere in un dibattito più ampio la comunità, dai decisori politici ai cittadini.

È all'interno di questa cornice complessa, in un'epoca di crisi multiple (epidemiologica, epistemologia, economica), che questo lavoro di ricerca tenta di analizzare, con lo scopo di promuoverla, la salute dei migranti. La ricerca di dottorato infatti è solo una delle facce di un progetto di più lungo periodo, che mira a delineare una diversa organizzazione dei servizi di salute mentale rivolti alla popolazione migrante, con lo scopo più ampio di accreditare strategie migliori per l'assistenza e la promozione della salute (non solo mentale) per la popolazione tutta.

L'innovatività della ricerca risiede proprio nella sua impostazione, non solo multidisciplinare ma

⁹ World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva 2008.

anche multiprofessionale, partecipativa e applicata a un territorio, quello del Distretto Socio-Sanitario di Pianura Est dell'AUSL di Bologna, nonché a un servizio, il Centro di Consultazione Socio-Culturale del Distretto stesso.

L'opportunità di lavoro dentro al servizio e attraverso la legittimazione del Sistema Sanitario Nazionale ha consentito di sviluppare le riflessioni sui processi salute-malattia a partire da un'ampia base di dati empirici, fortemente diversificati grazie allo sguardo transdisciplinare.

Il forte radicamento della ricerca su un piano empirico transdisciplinare ha a sua volta consentito, anche attraverso un'etnografia multisituata, di ricostruire, problematizzandola, la trama di informazioni qualitative e quantitative pertinenti agli sguardi, alle prospettive e alle prassi dei decisori politici, delle amministrazioni dei servizi, delle organizzazioni del territorio e degli utenti.

Lo sguardo autoriflessivo è stato usato anche per problematizzare, attraverso le “voci dei protagonisti”, dello stesso Centro di Consultazione Socio-Culturale e del suo modello di assistenza; per indagare le interazioni tra il Centro e i decisori politici, gli amministratori, i tecnici, i sanitari, le organizzazioni comunitarie e i cittadini; e in ultimo per riflettere sull'influenza del Centro stesso nella costruzione e definizione delle categorie e dei modelli esplicativi all'interno del campo di ricerca.

La scelta di lavorare su tema ben definito (l'approccio della consultazione socio-culturale come strumento per la valutazione dei bisogni di salute e la cura della popolazione migrante che afferisce ai servizi di salute mentale del Distretto di Pianura Est), senza disgiungerlo dal contesto (senza quindi separare la salute dei migranti dalla salute della popolazione generale, la malattia del corpo da quella personale e sociale, i servizi e le pratiche dei servizi dai processi di produzione della salute e della malattia), riflette la scelta di non eludere o tentare di ridurre la complessità evocata dal contesto, dalla pratica clinica, dalle attività di tutela e promozione della salute, con l'obiettivo di produrre conoscenze con un senso e operative, nel campo stesso in cui sono state condensate e per gli individui e le istituzioni che lo abitano.

Inoltre, attraverso l'approccio multidisciplinare, multimetodologico, autoriflessivo e partecipativo, la ricerca tenta di restituire alle comunità dei professionisti, in maniera ordinata e comprensibile, non solo i risultati di un'esperienza nell'area della salute mentale e dei migranti, ma anche una riflessione più articolata sulle potenzialità delle collaborazioni in un ambito plurimo e partecipativo.

La costruzione di ponti tra parole, significati, traiettorie e prospettive, in uno spazio liminare dove si incontrano discipline e istituzioni differenti, evoca spesso ibridi difficili da comprendere e da comunicare, e implica uno sforzo maggiore, anche emotivo, rispetto al lavoro nel contesto monodisciplinare. Tuttavia, citando il teologo tedesco Paul Tillich, “è il confine il luogo migliore in cui acquisire conoscenza”¹⁰, nella speranza di acquisire strumenti migliori per risolvere le contraddizioni e le difficoltà a cui il quotidiano professionale ci espone.

¹⁰ Tillich P., *On the Boundary; an Autobiographical*, Sketch Collins, London, 1967, p.13.

Metodologia: Il lavoro di Consultazione Socio-Culturale nel Distretto di Pianura Est

La ricerca si è inserita in un più ampio contesto di sperimentazione di un modello di assistenza per pazienti migranti, utilizzato per la prima volta sul territorio italiano. Il modello si rifà alle esperienze internazionali del servizio di Consultazione Culturale della McGill University in Canada¹¹ e del servizio di psichiatria transculturale dell'ospedale universitario Avicenne di Paris Seine-Saint-Denis¹², contestualizzato però rispetto al territorio del Distretto di Pianura Est dell'AUSL di Bologna, e implementato attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale (antropologi, psichiatri, medici di salute pubblica, psicologi, assistenti sociali). Il gruppo si è avvalso, in differenti momenti, dell'apporto delle prospettive, dei quadri teorici, delle metodologie e dei materiali appartenenti ai campi disciplinari della salute pubblica, del diritto, dell'economia, delle scienze sociali (in primo luogo l'antropologia).

Per questi motivi l'oggetto della ricerca è risultato articolato: in un primo momento sono state indagate le relazioni tra salute mentale e migrazione, non solo con lo scopo di mettere in luce i fattori legati alla produzione della malattia o della cura, ma anche per problematizzare le categorie stesse di migrante e di malattia mentale; in un secondo momento sono state problematizzate le categorie di territorio, cura, servizio e in forma autoriflessiva anche del servizio di consultazione. Infine, attraverso la cornice della ricerca-azione partecipata¹³, sono state considerate le possibili ricadute sul servizio e sui vari attori coinvolti nel progetto a partire dal materiale empirico emerso dalla ricerca localizzata sul territorio.

Tale analisi è stata possibile a partire dalla raccolta delle esperienze degli attori locali, cittadini, operatori, istituzioni e attraverso un'indagine circa i processi di costruzione della realtà che dipendono dalle interazioni tra campo delle forze locali e campo delle forze globali, particolarmente in relazione ai processi della globalizzazione.

È stato adottata, pertanto, una prospettiva di ricerca multisituata e plurivocale^{14 15 16}, capace di muoversi nei diversi contesti della produzione dell'esperienza, tra multipli linguaggi, prospettive e traiettorie di: decisori politici regionali e locali, servizi, organizzazioni del territorio, utenti italiani e utenti con esperienza migratoria.

Da questi attori sono stati raccolte o stimulate le rappresentazioni rispetto al territorio di Pianura Est, ai migranti nel contesto del Distretto, ai servizi sanitari, alla malattia e alla salute.

Per quanto riguarda le rappresentazioni che le istituzioni danno del territorio, di se stesse, dei servizi dei migranti e della malattia dei migranti sono stati utilizzati i flussi infirmativi istituzionali, i rapporti periodici delle organizzazioni che si occupano di salute, del territorio e dell'amministrazione. Inoltre, molti dei rappresentanti di queste organizzazioni sono stati incontrati direttamente, e i colloqui con loro sono stati registrati o riportati sul diario di campo al termine dell'incontro; a loro sono stati anche chiesti ulteriori materiali o referenti da poter interrogare come

¹¹ Kirmayer L.J., Groleau D., Guzder J., et alii, *Cultural Consultation: A Model of Mental Health Service for Multicultural Societies*, FOCUS 2006, 4:125-125.

¹² Moro M.R., Moro I., et alii, *Avicenne l'andalouse. Devenir psychothérapeute en situation transculturelle*, La Pensée sauvage, Grenoble, 2004.

¹³ Genat B., *Building emergent situated knowledges in participatory action research*, Action Research 2009, Vol. 7(1): 101-115.

¹⁴ Marcus G.E., *Ethnography in/of the World System: the emergence of multi-sited ethnography*, Annual Review of Anthropology 1995, Vol. 24, pp. 95-117.

¹⁵ Benadusi M. (a cura di), *Dislocare l'antropologia: connessioni disciplinari e nuovi spazi epistemologici*, Guaraldi, 2006.

¹⁶ Colombo A., Sciortino G., *Assimilati ed esclusi*, Il Mulino 2002.

informatori chiave.

Allo stesso modo sono stati annotati sul diario di campo tutti gli incontri con le istituzioni, i professionisti e gli utenti relativi all'approvazione del Centro di Consultazione e alla sua implementazione. Parte degli incontri per l'istituzione del Centro sono avvenuti in contesti chiusi a cui hanno potuto partecipare solo alcuni dei componenti del gruppo di lavoro (riunione con i responsabili sanitari o con alcune istituzioni). Per superare questa asincronia informativa è stato creato un diario di campo collettivo virtuale, utilizzando un servizio gratuito on line che ha permesso non solo di catalogare e condividere le informazioni raccolte da tutti i membri del gruppo, ma anche una redazione corale dei diari e una disponibilità delle informazioni per tutti i partecipanti alla ricerca praticamente in tempo reale.

Circa le percezioni dei professionisti, della popolazione e dei migranti sono state realizzate interviste ad hoc, attraverso un canovaccio di intervista semi strutturata destinato a esplorare le rappresentazioni relative al territorio, ai servizi, ai migranti e alla salute. Le interviste hanno avuto durata variabile dai venti minuti alle due ore, e non in tutti i casi è stato possibile registrare. Sono stati intervistati 5 tra decisori politici e responsabili di servizio, 10 tra operatori dei servizi o di organizzazioni comunitarie, 21 migranti delle dieci nazionalità più rappresentate sul territorio di Pianura Est (di cui 13 donne), 15 dei quali erano anche utenti dei servizi. In tutti i casi è stato richiesto un consenso informato al trattamento dei dati ai fini della ricerca e consegnato un prospetto informativo cartaceo.

Riguardo all'istituzione del Centro sono stati effettuati circa 16 incontri con enti e servizi territoriali, 5 con il tavolo dei Piani di Zona, 5 con amministratori, funzionari dei Piani di Zona e responsabili dei servizi sanitari, sociali e psichiatrici dell'AUSL, 5 con operatori dei servizi socio-assistenziali generali e dell'area migrazione, un incontro con un legale. Nessuno degli incontri è stato registrato, e trattandosi di incontri istituzionali non è stato possibile richiedere consenso informato al trattamento dei dati. Durante gli incontri almeno una persona dello staff del Centro è stata incaricata di trascrivere le informazioni salienti, che sono state rielaborate in maniera corale attraverso gli strumenti on line.

A questo materiale empirico si sono aggiunti quelli relativi alla consultazione. Durante le attività del servizio di consultazione sono stati raccolti: le schede di invio compilate on line dagli invianti, le trascrizioni delle sedute di consultazione e i verbali delle riunioni del gruppo di consultazione per la discussione dei casi, le relazioni finali relative ai casi. Tutti i materiali sono stati raggruppati on line; per quanto riguarda gli incontri e le riunioni di consultazione non sono state effettuate registrazioni, ma solo trascrizioni nei diari di campo dei partecipanti, che sono stati redatti da almeno tre membri del gruppo partecipanti alle riunioni o alla consultazione. I diari sono stati condivisi con gli altri componenti del gruppo sul sito on line ed è stato poi redatto in maniera corale un documento di sintesi per ciascuno degli incontri. Per quanto riguarda il trattamento dei dati relativi al Centro, non si è reso necessario un consenso informato, perché le attività sono state svolte in continuità assistenziale e quindi seguendo le regole e le normative relative al trattamento dei dati sanitari in un contesto di medicina di iniziativa. Comunque, per garantire la privacy e la sicurezza dei dati personali dei pazienti, tutte le informazioni anagrafiche relative alle persone coinvolte nella ricerca sono state modificate, così come sono stati modificati i nomi dei luoghi ed omessi quelli delle istituzioni. Per la redazione di questo lavoro e per le esigenze di ricerca, sono state scelte tre storie che racchiudono alcuni dei principali temi incontrati nei processi di consultazione. I materiali relativi ai tre casi riguardano: le schede di invio; circa 44 incontri effettuati (tra consultazioni vere e proprie e riunioni dedicate), di cui 6 incontri relativi al caso di Dung, 26 incontri relativi al caso di Ghalia, 12 incontri relativi al caso di Nabil; i materiali relativi a due restituzioni (per il caso di Dung non è stata richiesta restituzione). Il materiale raccolto è stato analizzato in tre fasi successive,

attraverso un inedito approccio multidisciplinare che ha visto l'innovativo e contemporaneo uso dei quadri teorici della Public Health, della Global Health, della Critical Medical Anthropology e della Public Anthropology. In una prima fase è stata posta enfasi sulla definizione del territorio in relazione alle sue strutture, ai suoi processi e significati, mantenendo due assi di concettualizzazione: le relazioni e le produzioni micro-macro attraverso il framework della *Micro-Macro Integration*¹⁷, e le interazioni tra i vari attori sul territorio utilizzando un approccio di lavoro quali-quantitativo^{18 19}.

Il territorio è stato analizzato in un'ottica prevalentemente di Public e Global Health, nel tentativo di fare emergere i principali fattori che influenzano la salute e la malattia^{20 21} e che possono avere effetto sulle disuguaglianze in salute^{22 23}, nonché le loro interazioni nei contesti locali e globali.

Allo stesso modo sono state analizzate le forme organizzative dei servizi sanitari, in particolare quelle relative ai servizi di salute mentale, e sono stati ricostruiti i processi locali e globali che li hanno plasmati.

In un secondo momento sono state valutate le percezioni e i vissuti dei migranti, rispetto al contesto, alla loro salute e ai servizi sanitari sul territorio stesso, utilizzando i materiali qualitativi raccolti; infine, è stato valutato il ruolo del Centro nello spazio delle interazioni con i vari attori del territorio.

Solo successivamente, grazie all'incrocio di metodologie, luoghi e sguardi e alla ricostruzione del territorio, dei vissuti e delle relazioni, le storie dei pazienti sono state collocate all'interno del contesto e valutate nella loro relazione con il territorio.

In ultimo è stato valutato il processo di consultazione, alla luce delle analisi precedenti e delle informazioni emerse dai casi valutati.

¹⁷ Legge D., Gleeson D.H., Wright M. et alii, *Micro macro integration: Reframing primary healthcare practice and community development in health*, Critical Public Health, Taylor & Francis, June 2007, 17(2): 171–182.

¹⁸ Minayo M.C., *O desafio do Conhecimento, Pesquisa qualitativa em saúde*, Editora Hucitec, Sao Paulo, decima edição, 2007.

¹⁹ Almeida N., *Integração metodologica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo*, in Goldenberg P., Marsiglia R.M.G., Gomes M.H.A., *O Classico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em Ciências Sociais e Saúde*, Fiocruz, Rio de Janeiro; 2003, pp. 143-156.

²⁰ Department of Health and Social Security, *Inequalities in health. Report of a research working group*. DHSS, UK, 1980.

²¹ Marmot M., *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, WHO 2003.

²² World Health Organization, Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health, Inequalities in England, WHO, 2010. Da: <http://www.marmotreview.org/english-review-of-hi>

²³ World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva 2008.

II. LETTERATURA DI RIFERIMENTO E QUADRO TEORICO

Costruire un linguaggio comune: salute, complessità, globalizzazione, diritti, migrazione, equità.

È indubbio che la comprensione dei processi che governano la malattia e la salute mentale nella popolazione immigrata che affrisce ai servizi socio-sanitari del Distretto di Pianura Est non possa realizzarsi a partire solo da fattori relativi alla biologia e alla genetica dei migranti, alla loro cultura o alla disponibilità di servizi sul territorio. I processi di portata globale in cui i vari soggetti in causa sono inseriti hanno infatti modificato in maniera irreversibile le modalità con le quali la sofferenza si manifesta nei vari contesti, e le relazioni che esistono tra queste forme di malattia nel locale ed altre in differenti luoghi o contesti, sia nazionali che sovranazionali.

Analizzare i processi salute-malattia a Pianura Est necessita, quindi, di una serie di strumenti teorici, metodologici, analitici che impegnano diverse discipline e diverse professionalità. Il campo transdisciplinare è sempre irto di insidie, di incomprensioni e fraintendimenti dovuti a storie disciplinari differenti, a volte discordanti, a parole dai significati ambigui o incerti, a pratiche ed etiche che possono all'apparenza essere inconciliabili se non contrastanti. Il lavoro svolto all'interno del Centro di Consultazione si è appunto confrontato con queste differenze, costruendo nelle pratiche, non senza difficoltà, uno spazio dialogico e un linguaggio accomunante che serve da premessa per la costruzione di un terreno di lavoro condiviso.

Il processo della globalizzazione e la salute

Nelle ultime tre decadi le interazioni transnazionali si sono intensificate in maniera consistente: dalla globalizzazione dei sistemi di produzione e delle transazioni finanziarie alla disseminazione su scala mondiale delle merci, dei servizi, dell'informazione, delle immagini, dei simboli e dei significati attraverso i mezzi di comunicazione sociale (format di programmi radio-televisivi, telefonia mobile, blog, social network, ecc.); fino al trasporto in massa sia di turisti, sia di lavoratori (ed anche lavoratori migranti), sia di rifugiati e richiedenti asilo.

Questi processi rappresentano un fenomeno multifaccettato, con dimensioni economiche, sociali, politiche, culturali, religiose, giuridiche e culturali interconnesse tra loro in modo complesso.

Dice Boaventura Santos:

“La straordinaria ampiezza di queste interazioni transnazionali ha fatto sì che alcuni autori la vedessero come una rottura rispetto alle forme anteriori di interazioni transfrontaliere, [...] per il Gruppo di Lisbona, la globalizzazione è una fase posteriore all'Inter-nazionalizzazione e alla Multi-nazionalizzazione, perché al contrario di queste, annuncia la fine del sistema nazione come nucleo centrale delle attività e delle strategie umane organizzate.”²⁴

Oltre agli Stati, anche le organizzazioni politiche internazionali (come le Nazioni Unite) hanno via via perso centralità nella scena globale e le decisioni di *governance* sono state trasferite in modo sempre crescente a istituzioni economico-finanziarie come la *World Trade Organization* (WTO),

²⁴ Santos B., *Os Processos da globalização*, in Santos B., *Globalização: fatalidade ou utopia?*, Porto: Edições Afrontamento, 2001, p. 5.

*l'International Monetary Found (IMF), e la Wold Bank (WB), nella cornice di accordi bilaterali o multilaterali tra Paesi (come il Washington Consesus) o tra entità non istituzionali espressione di gruppi limitati di interesse (multinazionali, fondi finanziari, agenzie di rating)*²⁵.

In termini economico-finanziari la globalizzazione è caratterizzata da una forzata apertura degli Stati al commercio internazionale (anche se con un'applicazione differenziale del protezionismo in maniera proporzionale al peso internazionale degli Stati stessi); dalla progressiva liberalizzazione dei mercati attraverso l'eliminazione delle barriere doganali al commercio di beni e servizi (con specifici meccanismi di sanzione per gli stati non allineati), ma da diversificate limitazioni alla circolazione dei lavoratori; e infine dal ruolo decrescente degli Stati nell'economia²⁶,

Come giustamente sottolineato da Boaventura, il ruolo degli Stati è paradossale perché sancisce con la propria autorità, democraticamente definita, il trasferimento delle competenze sulle politiche economiche a istituzioni sovranazionali che sono parzialmente o per nulla sottoposte a meccanismi di governo democratico. Nello specifico, come schematizzato da Santarelli e Figini²⁷, questo processo è avvenuto attraverso: l'introduzione di una legislazione favorevole al mercato; la privatizzazione del mercato attraverso la rinuncia dello Stato alla produzione di beni o servizi anche di pubblica utilità; una politica fiscale e monetaria meno attiva ottenuta tramite la riduzione della leva fiscale e della spesa pubblica; l'introduzione di leggi specifiche relative al trasferimento dell'autorità di regolazione economica intra-nazionale (per esempio adesione al WTO).

La riduzione della spesa pubblica ha influenzato il welfare di molti Paesi con la contrazione dei dispositivi di sicurezza sociale e dei servizi di pubblica utilità (innalzamento dell'età pensionabile, riduzione degli ammortizzatori sociali, diminuzione dei finanziamenti a settori quali pubblica istruzione e salute). Questo fenomeno, accompagnato da quello più articolato della migrazione internazionale (che affronteremo in seguito), ha generato una serie di effetti locali che i Paesi non sono più in grado di governare; il principale come già ricordato è la tendenza alla polarizzazione nella distribuzione di risorse e diritti con un aumento (a livelli mai raggiunti nella storia dell'umanità²⁸) delle disuguaglianze economiche, sociali, politiche e in salute tra classi sociali, tra gli Stati e all'interno degli stessi^{29 30}.

Per questo motivo, il trasferimento della titolarità su processi locali a contesti globali ha combinato l'universalizzazione e l'eliminazione delle frontiere nazionali con fenomeni di resistenza in loco che hanno prodotto particolarismi, nuove identità indotte e rivendicative su base sociale, etnica e razziale oltre ad un individualismo competitivo, discriminatorio e xenofobo³¹. Pertanto, la globalizzazione deve essere valutata anche nelle sue dimensioni conflittuali, attuate a partire dal consenso tra gli attori internazionalmente più influenti (egemonici) senza la necessità di una convergenza con gli interessi nazionali o locali. Lo Stato d'altra parte, nell'epoca del liberismo globalizzato si trova ad affrontare una delicata perdita di legittimità. Da un lato, a causa delle privatizzazioni e della diminuzione del suo peso fiscale, non riesce più a garantire il welfare, la

²⁵ Pfeiffer J., Nichter M., *What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health?*, Medical Anthropology Quarterly, Vol. 22, No. 4, 2008, pp. 410-415.

²⁶ Santarelli E., Figini P., *Does Globalization Reduce Poverty? Some Empirical Evidence for the Developing Countries*, in Lee E., Vivarelli M. (a cura di), *Understanding Globalization, Employment and Poverty Reduction*, ILO, Geneve 2004, pp. 247-303.

²⁷ Santarelli E., Figini P., 2004, op. cit.

²⁸ People's Health Movement, Medact, Global Equity Gauge Alliance, *Global Health Watch 2005–2006. An alternative world health report*, Zed Books, London/New York, 2005, p. 4.

²⁹ Dikhanov Y., *Trends in Global Income Distribution, 1970–2000, and Scenarios for 2015*, Human Development Report Office, *Occasional Paper*, UNDP 2005. Da: <http://hdr.undp.org/en/media/globalincometrends.pdf>

³⁰ UN Statistic Division, da: <http://unstats.un.org/unsd/default.htm>

³¹ Hannerz U., *La complessità culturale. L'organizzazione sociale del significato*, Il Mulino, Bologna 1998, pp. 7-21.

sicurezza sociale, l'attuazione di politiche dei salari eque e di politiche previdenziali ed assistenziali di massa; dall'altro, per via dei trattati internazionali e della deregolamentazione tariffaria e doganale, non può più proteggere i cittadini dalla speculazione finanziaria, né attuare politiche preventive basate sul principio di precauzione se queste vanno a scapito della produttività. Al contrario, è rimasto responsabile nel garantire *in toto* l'ordine securitario, con un'ipertrofia della legislazione repressiva, dell'attività delle forze dell'ordine e della magistratura, e dell'uso del dispositivo penitenziario, specie nei confronti delle fasce di popolazione più deboli³².

Inoltre, la perdita degli ammortizzatori sociali, la pressione sui redditi, la precarizzazione del mercato del lavoro, la mercantilizzazione dei servizi essenziali e la spinta al credito e al consumo generano un "debito sociale" che schiaccia in maniera attiva e progressiva una quantità crescente di popolazione verso le classi sociali più basse, fino alla marginalizzazione e all'esclusione³³.

I gradini più bassi di queste gerarchie sociali, privati di possibilità di reintegrazione, sono condannati all'incertezza, alla marginalità e subendo alle politiche di sicurezza degli Stati.

A corredo di questa situazione, varie e complesse condizioni preesistenti (il problema ambientale, la sovrappopolazione, le migrazioni, i conflitti, la criminalità organizzata, per citarne alcune) per via della globalizzazione hanno raggiunto una dimensione transnazionale, accompagnata da un'insufficiente transnazionalizzazione delle istituzioni che dovrebbero gestirle³⁴.

³² Wacquant L., *Punishing the Poor. The neoliberal government of social insecurity*, Duke University Press, London 2009, pp. 287-314.

³³ Santos B., 2001, op. cit.

³⁴ Hobsbawm E.J., *Il secolo breve. 1914-1991: l'era dei grandi cataclismi*, Rizzoli, Milano, 1995.

Globalizzazione, salute e le nuove sfide per gli operatori sanitari.

Le relazioni tra globalizzazione e salute rappresentano una sfida concettuale molto profonda per la medicina contemporanea, lasciando emergere difficoltà di tipo teorico e tecnico inaspettate.

La globalizzazione, come abbiamo visto, si accompagna a una quantità di fenomeni sociali, politici, economici e culturali vari e complessi, tutti in qualche modo correlabili alla salute delle popolazioni attraverso interazioni non lineari. I processi di salute-malattia, infatti, si producono all'interno di una serie di campi sovrapponibili a quelli di azione della globalizzazione. Sono estremamente utili, in tal senso, due lavori di *review*, una delle pubblicazioni di Salute Pubblica a opera degli autori canadesi Ronald Labonté, Katia Mohindra, e Ted Schrecker³⁵ e una di quelle di Antropologia Medica eseguita da Janes e Corbett³⁶, all'interno dei quali vengono delineati i principali fattori che interessano e modificano l'epidemiologia della malattie sotto diretta influenza dei processi di globalizzazione.

Entrambi gli studi affrontano, anche se da angolazioni differenti, i medesimi temi.

Emerge, in primo luogo, come la globalizzazione modifichi i mondi locali simbolici³⁷ e quindi i bisogni percepiti di salute, oltre che creare degli assemblaggi locali originali fondendo i modelli esplicativi³⁸ locali con quelli scientifico-tecnologici o tradizionali di altri luoghi, globalizzati. La diffusione delle tecnologie unita ai linguaggi di comunicazione di massa, produce forme contrastanti di costruzione del senso: da un lato, l'emergere di reti di media *corporation* transnazionali che dominano la distribuzione e i contenuti delle informazioni nei media generalisti, veicolando tra l'altro messaggi di inserzionisti pubblicitari delle industrie multi-nazionali del cibo, delle bevande, del tabacco, degli stili di vita con effetti diretti sui profili di rischio della popolazione; dall'altro, una innovativa partecipazione degli individui stessi nella circolazione delle informazioni. Quelle locali si immettono nel flusso globale e quelle globali si declinano nel locale attraverso reti telematiche e *social-networks*, che costituiscono contemporaneamente una opportunità democratica di inclusione di grandi masse di popolazione nella produzione di senso e di cultura globalizzata, e una forma di rumore di fondo nell'informazione per via della proliferazione -anche rispetto alla malattia e alla cura- di messaggi diversi e spesso contrastanti. Tra queste due posizioni si realizza un *continuum* variegato di condizioni intermedie dettate dall'accessibilità tecnologica, economica, linguistica ai mezzi di comunicazione.

Alla circolazione dell'informazione, si accompagna la circolazione delle idee, di beni e servizi a esse correlati, da un lato facilitata dalla presenza di canali di comunicazione globale, dall'altro moderata dall'emergere di una legislazione internazionale sulla protezione della proprietà intellettuale che limita o impedisce la diffusione e l'uso di presidi e servizi sanitari attraverso barriere di accesso economiche.

L'aumento dei flussi economici a livello transnazionale e del peso degli investimenti diretti di

³⁵ Labonté R., Mohindra K., Schrecker T., *The Growing Impact of Globalization for Health and Public Health Practice*, Annual Review of Public Health, 2011, Vol. 32, pp. 263-83.

³⁶ Janes C.R., Corbett K.K., *Anthropology and global health*, Annual Review of Anthropology, Vol. 38, 2009, pp. 167–830.

³⁷ Per il concetto di “mondo morale locale” si veda Kleinman, A., Kleinman, J. *Suffering and its professional transformation*, in Culture, Medicine and Psychiatry Vol. 15, n.3, , 1991, pp. 275-301.

³⁸ Per il concetto di “modello esplicativo” si veda Kleinman A., *Concepts and a model for the comparison of medical systems*, Social Science and Medicine, Vol. 12, 1978, pp. 85-93.

gruppi multinazionali nelle economie locali, insieme alla diffusione di modelli produttivi in *outsourcing* ha causato una riorganizzazione della produzione su base trans-nazionale. Tale processo ha posto le basi per la creazione di un *mercato globale del lavoro* capace di delocalizzare la produzione nelle nazioni in cui il costo fiscale e quello dei lavoratori è più basso, alimentando effetti sulla continuità dei contratti di lavoro e un aumento delle diseguaglianze. L'intensificarsi dei flussi commerciali attraverso le frontiere, dovuto al mercato globale dei beni e dei servizi, ha modificato le modalità di redistribuzione del reddito sia tra le nazioni che all'interno degli Stati, definendo nuove classi sociali e di reddito con i relativi profili di rischio.

Sempre riguardo ai flussi di capitali, gli effetti più rilevanti nella competizione globale si sono avuti sulla medicina del lavoro: da un lato, sono proliferate normative per la protezione dei lavoratori in alcuni paesi in cui non erano precedentemente presenti; dall'altro, per via della competizione per l'abbassamento dei costi dei prodotti sul mercato globale, si è assistito a una generale erosione dei diritti dei lavoratori e a un conseguente aumento della loro vulnerabilità vincolata -tra le altre cose- all'insicurezza e all'insalubrità degli ambienti di lavoro. Nel medesimo quadro si inserisce la progressiva precarizzazione dei contratti che, insieme alla riduzione del welfare e alla sicurezza sociale, ha avuto impatto sia sulle condizioni di benessere psicologico dei salariati e delle loro famiglie sia sulle loro condizioni materiali di vita.

D'altra parte, la crescente necessità di energia indispensabile a sostenere la crescente domanda di beni, connessa all'ingresso nel mercato di una nuova e consistente fetta di consumatori, insieme all'aumentato dispendio di energia necessario alla distribuzione di risorse a distanze intercontinentali, hanno incrementato le emissioni dei gas serra con un peggioramento degli effetti sul clima e quindi sulla salute.

La delocalizzazione della produzione ha anche un altro volto, quello connesso alla necessità di delocalizzare i lavoratori attraverso la crescita del lavoro tras-frontaliero che coinvolge sia manager e tecnici qualificati, sia manodopera non qualificata. I fenomeni migratori si inseriscono in questo scenario, caratterizzandosi prevalentemente come migrazioni legate al mercato del lavoro di singoli individui o famiglie. La salute dei migranti, come vedremo in seguito, dipende dalle condizioni di vita nel paese di origine, dalle condizioni e dalle modalità con cui si realizza il processo migratorio, infine dalle condizioni nel paese di arrivo. Tra le molteplici condizioni di arrivo, sono da contemplare le politiche di inclusione e accesso ai servizi che paiono essere molto diversificate tra le nazioni che maggiormente ricevono migranti nel mondo. Tali politiche rappresentano uno dei fattori che influenzano maggiormente la salute, definendo la cittadinanza, la condizione giuridica di regolarità o irregolarità, l'accessibilità a risorse materiali, al welfare, alla sicurezza sociale.

Infine, la globalizzazione ha riconfigurato le relazioni tra paesi, gli assetti e le logiche della cooperazione internazionale allo sviluppo così come le politiche internazionali e i programmi di promozione della salute.

Con queste premesse è facile intuire come un approccio mono-disciplinare e mono-metodologico ai processi che definiscono la salute all'epoca della globalizzazione rappresenti un limite concreto nell'individuazione dei fattori che sono causa di malattia, di bisogni della popolazione e delle strategie e degli strumenti di promozione e protezione della salute.

Per comprendere le interazioni tra globalizzazione e salute, quindi, oltre alla definizione operativa e pluri-disciplinare del concetto di "globalizzazione", abbiamo bisogno di una definizione condivisa e complessa di Salute. Per gli scopi di questo lavoro abbiamo preso spunto dal dibattito

antropologico, rifacendoci alle definizioni di *disease* e *illness* nell'accezione elaborata da Arthur Kleinman³⁹, considerandone le interazioni con la dimensione della *sickness*^{40 41 42}.

L'utilizzo di questi tre livelli, quello biologico, quello psico-culturale e quello socio-politico-economico è particolarmente utile come raccordo con la teoria dei determinanti sociali di salute nel costruire l'apparato teorico di riferimento per l'analisi di processi di globalizzazione in campo sanitario.

In tal senso, l'obiettivo è quello di ricostruire una visione integrata del concetto di "salute", di riconnetterla con le diverse dimensioni nelle quali è implicata e di considerarla come campo condiviso di azioni e responsabilità da parte di differenti attori sociali, discipline e professionisti.

La premessa della complessità delle questioni legate alla salute risiede nel fatto che esse chiamino in causa il corpo che è insieme prodotto e primo strumento dell'agire dell'uomo, che viene continuamente plasmato dal contesto nel quale si trova immerso, ma di cui l'antropologia medica critica ha messo in luce il carattere di dispositivo attivo in grado relazionarsi criticamente e attivamente rispetto al contesto stesso.

Il contributo che la prospettiva antropologica può offrire alla decostruzione della "naturalità" del corpo, risignificandolo come produttore di pratiche e di senso, in continuità con i processi sociali in cui è inserito, si lega coerentemente con la visione della teoria dei determinanti sociali di salute. Le due prospettive sono in grado di articolare e integrare i processi che agiscono sul corpo come fattori di rischio o protettivi per la salute. Entrambe, se contemplate in forma integrata, riescono a offrire strumenti teorico-metodologici estremamente validi per affrontare una ridefinizione del concetto di salute; un concetto che sia funzionale alla comprensione della complessità e non ne sia vittima, consentendo di esplorare in chiave di promozione della salute le fitte relazioni che esistono tra le dimensioni biologiche, culturali, socio-politiche, storico-economiche dell'individuo.

Lo spazio di vita individuale, il campo sociale di relazioni intersoggettive e la dimensione politica, devono per questo essere considerati come continui e interconnessi, contemporaneamente come dispositivi istituenti e strutturanti. Per questo motivo, un'analisi che voglia cogliere i processi e non semplicemente gli stati di salute-malattia dovrebbe utilizzare una prospettiva di indagine sincrona rispetto alle dimensioni individuate, in modo da registrare allo stesso tempo fattori, strutture, connessioni ed interazioni.

D'altro canto, proprio perché il tentativo è quello di riconfigurare l'idea di salute al tempo della globalizzazione come campo delle interazioni tra forze globali e locali non è possibile definire i processi di salute-malattia senza problematizzarne l'autorità, la prospettiva e la traiettoria di chi li osserva o tenta di definirli⁴³. È importante rilevare quanto le modalità e le scelte di costruzione simbolica e configurazione dei significati di tali processi siano essi stessi prodotti e produttori di forme culturali "in transito" -in quanto connesse alla storia in cui si sviluppano, ai cambiamenti

³⁹ Helman C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*, Butterworth-Heinemann, 1990, pp. 2-9.

⁴⁰ Young A., *The Anthropologies of Illness and Sickness*, *Annual Review of Anthropology*, Vol. 11, 1982, pp. 257-285.

⁴¹ Scheper-Hughes N., Lock M. M., *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1. Mar., 1987, pp. 6-41.

⁴² Good B.J., *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999, pp. 40-100.

⁴³ Allan Y., *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton, 1995, pp. 287-291.

politici, economici e storici che gli uomini e le società attraversano- e allo stesso tempo forze che perturbano in un senso o in un altro gli stessi processi di salute-malattia⁴⁴.

Si può parlare, dunque, di una co-costruzione di “realità” sanitarie plasmabili, potenzialmente in grado di interagire con il campo della salute e quindi di promuovere un cambiamento che coinvolge una molteplicità di figure individuali, collettive, locali e strutturali. Per questo l'indagine sui processi salute-malattia, configurandosi allo stesso tempo come co-costruzione dei processi stessi, interroga l'antropologia medica e la salute pubblica sul loro posizionamento all'interno della comunità, sulle loro traiettorie e scelte politiche in un contesto in cui l'aumento delle diseguaglianze pone quesiti etici rilevanti a rispetto al “per chi” e “perché” si intende parlare di malattia.

Allo stesso tempo, questa prospettiva sfugge alla tentazione di medicalizzare i processi sociali perché, insieme al riconoscimento della co-costruzione, riconosce anche l'impossibilità del totale controllo della produzione individuale e sociale dei significati e degli usi dei saperi medici. È possibile, infatti, immaginare una co-produzione operata su più livelli, dai diversi attori sociali a partire dal loro bagaglio di conoscenze, individuali e collettive.

Una appropriazione del senso di volta in volta unica, molteplice, originale, orizzontale che, attraverso la ridefinizione e la ricostruzione del significato da parte dell'individuo, si appropria dell'autorità nella gestione e nell'uso dei significati stessi. Spetta quindi ai sanitari e ai *policy makers* decidere se riconoscere o meno legittimità nell'uso personale dei saperi sanitari, e così facendo riconoscere o meno che parte dei processi di cura avvengono fuori dalla sfera normativa e fuori dall'influenza dei sanitari⁴⁵.

Ricapitolando, quindi, la prospettiva della co-costruzione deve interrogarsi sulla duplice dimensione dell'autorità nella produzione e nella gestione del senso, riconoscendo ai saperi medici la potenzialità di produrre malattia e alla comunità quella di produrre cura.

Ne consegue ancora che, se la dimensione culturale -considerata non come uno spazio chiuso e definito, ma permeabile ai processi globali- può darci ragione sia dei significati attribuiti a salute e malattia che dei quadri simbolici utilizzati per spiegare le esperienze di sofferenza da parte degli attori implicati, essa deve però essere osservata con e in relazione a livelli contestuali più “macro”, nei quali operano processi strutturali e figure “istituzionali”, come agenzie internazionali, governi e politiche. Questi, dal canto loro, rappresentano attori chiave nel percorso di definizione e costruzione del campo in cui i processi di salute-malattia si configurano e gli attori locali sono inseriti.

Non è sufficiente, dunque, riconoscere le micro-politiche delle interazioni tra attori locali, immaginando che un processo di co-costruzione e co-utilizzo dei saperi si esaurisca in uno spazio di autorità e volontà locali, ma al contrario bisogna indagare, individuare e operativizzare le forze che vincolano gli attori locali, che ne configurano l'*habitus*⁴⁶ e le esperienze soggettive di vita

⁴⁴ Singer M., *Farewell to adaptationism: unnatural selection and the politics of biology*, *Medical Anthropology Quarterly*, 10, 4, 1996, pp. 496-515.

⁴⁵ Helman C., 1990, op. cit., pp. 50-78.

⁴⁶ Per il concetto di “habitus” inteso come modo abituale, naturalizzato, di essere nel mondo attraverso il corpo, si veda il contributo di Marcel Mauss (Mauss M., *Les techniques du corps*. Communication présentée à la Société de Psychologie, XXXII, ne, 3-4, 1936). Tale paradigma permette di cogliere la natura processuale della mediazione tra mondo collettivo e mondo individuale, e di comprendere le modalità con cui il sociale si fa natura, appreso attraverso dinamiche di educazione culturalmente fondate, e manifesto nelle singole forme di esistenza. Si veda inoltre il contributo di Pierre Bourdieu (Bourdieu P., Wacquant L., *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati

riproducendo *patterns* di comportamenti locali che dipendono dalle sovrastrutture in cui essi sono inseriti⁴⁷. Allo stesso tempo, non può essere tralasciato il potere trasformativo che le pratiche locali possono operare, attraverso la modifica delle relazioni micro, rispetto ai *patterns* delle relazioni macro⁴⁸.

In altre parole, l'esperienza di malattia dovrebbe connettere la dimensione del corpo individuale, materiale e biologico (*disease*) con il vissuto intersoggettivo e culturalmente informato (*illness*), con la dimensione sociale, politica ed economica, considerando in queste anche il punto di vista degli operatori destinati alla presa in carico, quello della comunità medico-scientifica e le responsabilità immanenti al mandato dei decisori politici.

In particolare, i professionisti sanitari, ampliando lo sguardo e le pratiche della cura dai corpi alla società, non possono evitare di riconoscere e nominare i processi di ordine politico ed economico che producono forme di costruzione e costrizioni dei corpi e le loro implicazioni sulla salute (dove, in tal senso, possiamo parlare di *sickness*).

Questi saperi, una volta consegnati alla comunità, operano come istanze potenzialmente sovversive, perchè estendono il significato di cura alla rimozione dei processi e delle strutture sociali che ammalano, si configurano quindi come progetto politico di trasformazione sociale, che in un'ottica di co-costruzione democratica punta implicitamente alla redistribuzione delle autorità, delle risorse e dei significati. Seguendo l'analisi di Pizza, dunque:

“Se le dinamiche di potere che regolano i processi di salute e malattia restano occultate, non dichiarate, allora la dialettica salute-malattia viene oggettivata come un'indiscutibile opposizione naturale. Se invece si illumina questo meccanismo e al tempo stesso si esplorano le interazioni fra benessere fisico e economia politica mondiale, messe in luce dall'analisi dei processi di incorporazione, allora la salute potrà figurare come una possibilità, o necessità, di accesso alle risorse materiali e immateriali che garantiscono la vita ad alti livelli di soddisfazione, e la malattia potrà rivelarsi come un' "incorporazione dell'ineguaglianza”⁴⁹

In tale direzione, la lettura dei processi e dei fattori di rischio per la salute operata attraverso il modello dei determinanti sociali -che verrà analizzato nel dettaglio più avanti- costituisce un sistema operativo che procede da una prospettiva descrittiva, meccanicistica, certamente politicamente più rassicurante, ma comunque utile nel contesto di una metodologia di lavoro inclusiva che raccolga la prospettiva degli attori sociali implicati nei processi di salute-malattia (pazienti/operatori/decisori politici). Un utilizzo non normativo del quadro dei determinanti che sia attento alle priorità dei vari attori sociali, alle loro esigenze, alle loro scale di valore nella definizione delle pratiche di intervento, ha successo non solo nel tenere in conto le dimensioni personali e strutturali dei fenomeni, ma anche di tradurle in un linguaggio culturalmente, socialmente e politicamente comprensibili ai sanitari e agli amministratori. Emerge, dunque, la necessità di un metodo di indagine composito per l'approccio alla complessità⁵⁰. L'utilizzo di

Boringhieri, Torino, 1992), in cui la lezione di Mauss viene affinata mettendo l'*habitus* al centro di un processo pratico che avviene per esposizione al mondo sociale; processo attraverso cui gli individui colgono in forma implicita, pre-riflessiva, i principi che organizzano il sistema sociale.

⁴⁷ Krieger N., *Epidemiology and the people's health : theory and context*, Oxford University Press, 2011, pp. 227-228.

⁴⁸ Legge D., Gleeson D.H., Wright M. et al, *Micro macro integration: Reframing primary healthcare practice and community development in health*, Critical Public Health, Taylor & Francis, June 2007, 17(2): 171-182.

⁴⁹ Pizza G., *Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carrocci, 2005, p.92

⁵⁰

competenze afferenti a professionalità diverse, in grado di mobilitare risorse e traiettorie differenti crea uno spazio in cui il rischio di una deriva riduzionista e di uno schiacciamento monodimensionale viene vanificato attraverso le tensioni dello scontro tra ideologie e gelosie disciplinari, in cui le relazioni di potere microfisiche vengono utilizzate come strumenti per generare tensioni produttive, e per denaturalizzare la costruzione disciplinare del mondo. Così, la tensione nella dimensione analitica apre la strada alla costituzione di prassi di presa in carico che siano in grado di orientare il campo della cura alla multi-professionalità partecipativa, in cui la responsabilità della salute viene condivisa tra i diversi attori-autori non solo professionali, ma anche comunitari. In questo modo, trasferendo e condividendo l'autorità e la responsabilità si ampliano le risorse della cura a quelle comunitarie, producendo effetti positivi su due livelli: evitando il rischio di medicalizzazione della società e, allo stesso tempo, recuperando le risorse per una cura che si apre a dismisura in campi in cui le sole forze degli operatori della salute non sono più sufficienti.

Scovate nella partecipazione della comunità le risorse di cura quale progetto anche di trasformazione sociale, i concetti di produzione sociale di malattia⁵¹, di violenza strutturale⁵², di sofferenza sociale⁵³, di incorporazione⁵⁴, cessano di essere semplicemente descrittivi richiami etici e diventano strumenti operativi nel lavoro dei sanitari.

Come chiavi di lettura di una simile visione della salute, è utile interrogarsi attraverso le domande poste da un approccio di antropologia medica critica e da una prospettiva bio-politica e contemporaneamente bio-medica ovvero: *Che tipo di società è quella che il corpo desidera, sogna e di cui ha bisogno?*, *“Che tipo di corpo la società vuole e di cui ha bisogno?”*⁵⁵ e *“Qual è il ruolo dei saperi e delle prassi dei sanitari nello spazio di mediazione tra queste differenti istanze?”*

Violenza Strutturale, Sofferenza Sociale e Incorporazione

Durante la stesura del testo e soprattutto nelle conclusioni finali verranno più volte utilizzati i concetti di *violenza strutturale*, *sofferenza sociale* e di *incorporazione*, mutuati prevalentemente dal campo dell'antropologia medica, e per questo con significati variegati e tutt'altro che univoci. Una disquisizione più puntuale rispetto all'utilità del loro uso nell'economia del testo sarà effettuata più avanti quando queste categorie verranno problematizzate alla luce dei dati empirici e delle storie raccolte. Tuttavia, con lo scopo di facilitare la lettura, verranno fornite in questa prima parte del testo delle definizioni sintetiche.

Il concetto di *violenza strutturale* adottato, prende le mosse dalla prospettiva filosofica strutturalista e dall'attenzione posta sulle istituzioni e organizzazioni sociali, nell'analisi dei fenomeni.

La prospettiva strutturalista in ambito sanitario tende a riportare al centro del dibattito il ruolo della

Per un sommario inquadramento sul paradigma della “complessità”, si vedano, tra gli altri: Bocchi G., Ceruti M., *La sfida della complessità*, Bruno Mondadori, Milano, 2007. Callari Galli M., *Lo spazio dell'incontro. Percorsi nella complessità*, Meltemi, Roma, 1996.

Morin E., *Introduzione al pensiero complesso*, Sperling & Kupfer, Milano, 1993.

Stengers I. (a cura di), *Da una scienza all'altra. Concetti nomadi*, Hopefulmonster, Firenze 1988.

⁵¹ Young A., *Antropologie della “illness” e della “sickness”*, tr. it. In Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.

⁵² Farmer P., Connors M., Simmons L., *Women, poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence*, Common Courage Press, Monroe, Maine, 1996.

⁵³ AA.VV., *Sofferenza Sociale*, Annuario di Antropologia, Vol. 8., Meltemi, Roma, 2006.

⁵⁴ Csordas, T.J., *Embodiment as a paradigm for anthropology*, in *Ethos: Journal of the society for Psychological anthropology*, 18, 1990, pp. 5-47

⁵⁵ Borofsky R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi editore, Roma, 2004, pp. 283-284

interdipendenza tra individuo, collettività, istituzioni e organizzazioni sociali nell'influenzare la malattia. L'analisi strutturalista infatti consente di definire e interpretare le reti sociali, politiche ed economiche in cui i vari attori sociali sono inseriti e attraverso cui interagiscono. Altro elemento di tale prospettiva -utilizzato di frequente nel campo della salute- è il riconoscimento del fatto che gli individui non siano agenti liberi in grado di prendere decisioni autonome vincolate alle sole scelte razionali, e che al contrario siano imbricati all'interno di strutture relazionali che da un lato ne forgiavano le identità e i sistemi simbolico-interpretativi, modellando le interazioni all'interno delle reti; dall'altro pongono in essere dei limiti materiali -di tipo legislativo, economico, fisico- alle medesime interazioni, condizionando traiettorie e scelte di vita.

La prospettiva strutturalista, in tal senso, contribuisce notevolmente al campo della prevenzione, mettendo in luce quanto i "comportamenti a rischio" della popolazione non dipendano esclusivamente dalle scelte individuali ma dalle condizioni sociali, culturali e materiali in cui essi si trovano. Questo ci permette di comprendere come non sia più possibile pensare la promozione della salute solo attraverso l'informazione ai soggetti titolari di libero arbitrio e quindi esclusivi responsabili delle proprie scelte. Al contrario, emerge come promuovere la salute, contemplando quel che è salute in tutta la complessità fin qui delineata, necessiti del *trasferimento* agli individui delle competenze sociali e delle risorse necessarie a modificare le condizioni che li espongono al rischio. In definitiva, riconoscere che il rischio espositivo (e quindi la malattia che ne consegue) non dipenda esclusivamente dagli individui ma almeno in parte dai processi in atto nei contesti in cui entrano in relazione con il mondo, permette di far emergere le cause sociali della malattia e la parziale de-responsabilizzazione degli individui. Ne discende, inoltre, che i processi di cura⁵⁶ non possano esaurirsi nello spazio delle relazioni medico-paziente, ma che parte degli sforzi della medicina debbano essere rivolti alla rimozione delle strutture sociali causa di malattia.

Se è la struttura quindi a operare una azione patogenetica nei confronti degli individui, essa si carica di una veste *violenta*. Possiamo infatti individuare azioni violente puntuali che -a partire dalle intuizioni di Joan Galtung- potremmo definire come "violenza strutturale"⁵⁷. Tale accezione di violenza si riferisce alle ineguali relazioni di potere, alla marginalizzazione, all'esclusione sociale che creano differenti speranze di vita in soggetti con differenti posizioni sociali. "Strutturale" perché la trasmissione della malattia non dipende da stili di vita, abitudini culturali o scelte personali, ma piuttosto dai limiti strutturali alla possibilità di azione individuale, al progresso economico, sociale e scientifico. Emerge dunque come le pratiche di presa in carico istituzionale della sofferenza possano avere *effetti iatrogeni* tanto quanto forme più dirette di sofferenza, esponendo i sottoprivilegiati -discriminazioni di genere, etnico-razziali, socioeconomiche, culturali- a fattori molteplici di rischio. Tale paradigma concorre a sottolineare quanto i processi che "ammalano" non siano fatalisticamente naturali, ma al contrario siano frutto di azioni controllabili, modificabili e spesso volte evitabili. Un esempio incisivo è dato dalle violazioni dei diritti umani fondamentali, o dalle limitazioni delle libertà personali di accesso alle risorse materiali o di cura, o dall'esposizione forzata a determinati fattori nocivi per la salute (ambiente inquinato, condizioni di lavoro insalubri ed insicura, violenza urbana, ecc.).

Il contributo più importante su questo versante si deve al lavoro di Paul Farmer⁵⁸ con l'introduzione del concetto di "conseguenza indiretta" delle azioni degli individui sull'inventività di altri individui.

⁵⁶ Per un inquadramento del concetto ampio di "cura", si veda Pizza G., *Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci editore, Roma, 2005 pp. 203-250.

⁵⁷ Galtung J., *Violence, Peace, Peace Research*, 1969, 6.3, *Journal of Peace Research*.

⁵⁸ Farmer P., *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, University of California Press, Berkeley, 1999.

Farmer P., *Pathologies of Power*, University of California Press, Berkeley, 2003.

L'utilizzo che Farmer fa del concetto di potere è molto pragmatico e di estrema utilità di applicazione al campo sanitario, in quanto ricostruisce in maniera semplice la catena di eventi che connette salute, potere e diseguaglianze in salute. Secondo Farmer infatti, le diseguaglianze sono iscritte negli individui alla loro nascita e dipendono dalle possibilità intrinseche che questi hanno di sottrarsi o meno ai potenziali patogeni. Queste chances però sono direttamente correlate non solo alla quantità di risorse che hanno a loro disposizione, ma anche alla quantità di potere che gli individui possono mettere in gioco quando le risorse sono iniquamente distribuite. In tal senso, l'equa distribuzione del potere diventa una misura sanitaria di promozione della salute, perché influenza direttamente l'*agency* dei soggetti e la loro capacità di partecipare alle scelte nella redistribuzione delle risorse. Per una maggiore comprensione della relazione circolare tra salute, disponibilità di risorse e potere di rivendicazione delle medesime risorse, è estremamente rilevante il contributo di Nancy Krieger con la sua teoria "eco-sociale". L'autrice offre una definizione di "malattia" che dipende dal:

“cumulative interplay of exposure, susceptibility, and resistance across the life-course, referring to the importance of timing and accumulation of, plus responses to, embodied exposures, involving gene expression, not simply gene frequency”⁵⁹.

L'agentività degli individui viene continuamente messa in relazione con la *accountability* della comunità. Generando una coppia *agency-accountability*, la Krieger riesce a correlare direttamente la mancata agentività dei soggetti al ruolo attivo della struttura nel limitare, o non allocare potere sufficiente alla loro indipendenza. La violenza strutturale emerge quindi come inversamente correlata alla democraticità dei processi sociali e direttamente dipendente dalla possibilità dei soggetti di partecipare o influenzare le scelte allocative. Grazie a tale paradigma, è possibile quindi portare nel campo medico elementi quali la povertà, la scarsità di risorse, il potere, la partecipazione e la democrazia. Inoltre, l'idea di Farmer per cui la violenza strutturale sia operata anche attraverso le sue conseguenze indirette, consente da un lato di superare le teorie cospirative e la necessità di identificare sempre un attore-autore della violenza, dall'altro chiama in causa i sanitari e la lettura *neutra* che la biomedicina pretende di fare dei processi di salute-malattia operando quindi come dispositivo di occultamento delle cause sociali e strutturali della sofferenza.

A tale intento risponde il concetto della "sofferenza sociale", una sofferenza che affonda le sue radici nelle devastanti fratture che le forze sociali possono esercitare sull'esperienza umana.

“La sofferenza sociale risulta da ciò che il potere politico, economico e istituzionale fa alla gente e, reciprocamente, da come tali forme di potere possono esse stesse influenzare le risposte ai problemi sociali”⁶⁰.

Una sofferenza che si fa questione politica, emergendo come il prodotto di un rapporto disagio tra soggetto ed ordine sociale, e affiorando attraverso le modalità con cui tale disagio penetra l'esperienza individuale e trova espressione attraverso paradigmi corporei⁶¹. Intrinseca alle organizzazioni sociali, viene imposta agli individui come prezzo da pagare per potervi partecipare, inscrivendosi silenziosa, naturalizzata, nelle loro vite e sui loro corpi. Emerge in tal senso la necessità di indagare da un lato quella che Ivo Quaranta⁶² definisce la "produzione sociale del

⁵⁹ Krieger N. 2011, op. cit. p. 214.

⁶⁰ Kleinman A., Das V., Lock M., *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley, 1997.

⁶¹ Quaranta I. (a cura), *Sofferenza Sociale*, Antropologia, Meltemi Editore, Roma, 2006b, 6, 8, p. 516.

⁶² Quaranta I. 2006b, op. cit.

disagio”, e dall’altra anche tutti quei meccanismi attraverso cui gli ordini sociali tendono ad occultarla, problematizzando quanto le scienze sociali possano correre il rischio di celare il silenzio delle società nei confronti di tale sofferenza. Questa è la ragione per cui il compito di uno sguardo critico sia quello di connettere, in primo luogo, la sofferenza soggettiva ai processi storico-politici che la producono, svelandone i meccanismi costitutivi e rompendone il silenzio. Compito arduo poiché tali meccanismi:

“sono silenti proprio in virtù del loro essere iscritti nelle stesse forme delle nostre organizzazioni sociali, nei dispositivi simbolici attraverso cui pensiamo la realtà e la nostra esistenza in essa, conducendoci a non percepire come violenza quanto, violento, è parte delle nostre stesse modalità storiche di essere nel mondo”⁶³.

In secondo luogo la sfida sia quella procedere mediante una forma di *autoriflessività* attenta alle dinamiche di compartecipazione da parte del ricercatore alla produzione del senso. Tale autoriflessività intende continuamente interrogarsi sulle ricadute politiche delle proprie interpretazioni.

Tale paradigma teorico permette dunque di riconoscere in campo sanitario l'agente eziologico e i suoi effetti sul corpo, congiungendo i processi strutturali con le percezioni e le esperienze personali del dolore, del trauma, della fame, dello stress, dell'ingiustizia. Una sofferenza socialmente inferta che non ha bisogno necessariamente di attori per essere operata ma che proviene direttamente dall'organizzazione sociale, politica, economica, culturale del contesto in cui le persone sono inserite innanzitutto in quanto corpi. La struttura in tal modo viene ricongiunta ai corpi e si rivela attraverso il corpo.

È dalla intersezione di una prospettiva fenomenologica, attenta alla soggettività, con un siffatto approccio economico-politico, capace di cogliere l'azione di più ampie forze sociali, che emerge il concetto di *incorporazione*⁶⁴. *Incorporare* significa essere nel mondo attraverso il corpo, farne esperienza e portarne segni corporei. Il tentativo di coniugare esperienza e rappresentazioni socioculturali ci aiuta a comprendere come le immagini storico-culturali utilizzate nell'interpretazione della malattia e della sofferenza fondino le modalità attraverso cui quei particolari stati d'essere vengono vissuti. Le simbologie del corpo sono dunque da interpretarsi come dispositivi della costruzione stessa della corporeità⁶⁵; un corpo inteso come soggetto attivo nella produzione di significati ed esperienze; terreno vissuto di discorsi e pratiche. Il corpo viene liberato dal vecchio dualismo cartesiano che lo riduceva a mero e passivo sostrato materiale, e inserito in un processo *auto-poietico* in cui l'uomo plasma se stesso ponendo in essere le strutture che incorpora. Riferendosi all'abitare soggettivamente il mondo attraverso forme corporee che dal mondo sociale sono a loro volta prodotte, il concetto di *incorporazione* riesce a tradurre attivamente il rapporto tra il corpo individuale, le organizzazioni sociali in cui vive, e le simbologie culturali che ne strutturano il senso.

Tale paradigma emerge come uno dei cardini della teoria che Nancy Krieger definisce *ecosociale*, rappresentando un utile dispositivo teorico per ricongiungere il piano della biologia e

⁶³ Quaranta I. 2006b op. cit p. 5.

⁶⁴ Csordas T., *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*, Ethos, Vol. 18, No. 1., pp. 5-47.
Csordas T., *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.

⁶⁵ Lock M., Scheper Huges N., *The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology*, Medical Anthropology Quarterly, 1987, 1, 1, pp. 6-41.

dell'epidemiologia classica con le discipline sociali politiche ed umanistiche che si occupano di salute. Nell'accezione della Krieger, tale concetto -ovvero la letterale incarnazione nella dimensione biologica dell'esperienza di vita vissuta nel contesto sociale ed ecologico- restituisce una dimensione dialettica al corpo, non più mero risultato di variabili genetiche o biologiche naturalmente definite, ma prodotto delle relazioni multi-direzionali delle dimensioni biologiche con quelle eco-sociali in cui l'individuo è immerso. Le relazioni sono multi-direzionali in quanto l'individuo e il suo corpo non sono solo prodotto delle relazioni ma anche produttori. Ne è un esempio un corpo ammalato dalle difficili condizioni di vita dovute alla povertà socialmente definita che, alla luce della sua condizione di malattia, ha ancora minori capacità e possibilità di produrre risorse, con il conseguente peggioramento della sua salute.

Se il corpo biologico e le sue manifestazioni patologiche sono delle tracce concrete delle traiettorie di vita degli individui dipanatesi attraverso *patterns* dinamici, è allora vero che in un dato contesto sociale ed ecologico, in una data epoca storica, le disuguaglianze in salute, se pur osservate attraverso la lente dei loro effetti sui corpi, rappresentano il segno nei corpi di forze e fattori "esogeni" ai corpi medesimi. Sebbene i geni e la biologia non perdano la loro rilevanza nel determinare la malattia, quando si riscontrano differenze negli esiti di salute tra differenti gruppi di persone, è necessario lasciar emergere che le differenze biologiche tra i gruppi non sono le uniche chiamate in causa. Le relazioni tra individui in chiave storica -datore di lavoro/dipendente, colonizzatore/colonizzato, libero/schiavo, nativo/immigrato, per fare degli esempi-; le modalità con cui tale relazioni sono state definite reciprocamente; chi e come ha stabilito le regole (de jure o de facto) rispetto alle strategie di accesso all'accumulo di risorse e alla loro ereditarietà; ruoli, limiti e privilegi che corrono lungo gli assi del genere, delle generazioni, della differenza culturale: sono tutti, questi, fattori cruciali che giocano un ruolo fondamentale nell'interpretazione della disuguaglianza tra i gruppi stessi. In tal senso il concetto di *incorporazione* riemerge nella sua estrema utilità: così come utilizzato da Nancy Krieger permette di cogliere che esistono multipli percorsi di incorporazione (letteralmente *pathways of embodiment*) che possono essere compresi solo prestando attenzione alle modalità e alla specificità delle relazioni tra soggetto, contesto sociale e storia. Tali percorsi non sono prevedibili nonostante rispettino *pattern* condizionati dal contesto e dalle epoche, e operano simultaneamente sui diversi livelli del contesto ecosociale, coinvolgendo attivamente diversi protagonisti, con influenze reciproche, multi direzionali, che definiscono e sono scambievolmente definiti dal contesto e dalla dimensione storica. Tale complessità viene racchiusa dalla Krieger nel suo terzo postulato, secondo il quale, nel corso di tutta l'esistenza (in una prospettiva *life course*) l'individuo si relaziona con l'ambiente che lo circonda con effetti sulla salute di volta in volta positivi o negativi. L'esito dell'esposizione a uno specifico fattore dannoso per la salute in un determinato tempo quindi, dipende dalla storia delle "esposizioni" o delle relazioni precedenti e non solo dalla forza e dal tempo dell'esposizione attuale, in quanto la storia della persona, così come quella dei suoi progenitori, può aver modificato la sua "suscettibilità" o "resistenza" al danno stesso. Suscettibilità e resistenza non si riferiscono esclusivamente al livello biologico ma al contrario, così come si è tentato di esplicitare, possono e devono essere comprese solo se calate all'interno del complesso contesto relazionale del soggetto.

Questo riconduce a una riconfigurazione delle pratiche di conoscenza nell'ampio orizzonte teorico della *complessità*.

"Il pensiero complesso è consapevole in partenza dell'impossibilità della conoscenza completa: uno degli assiomi della complessità è l'impossibilità, anche teorica, dell'onniscienza. Riconoscimento di un principio di incompletezza e di incertezza. Il pensiero complesso è animato da una tensione permanente tra l'aspirazione a un sapere

non parcellizzato, non settoriale, non riduttivo, e il riconoscimento dell'incompletezza e della incompletezza di ogni conoscenza. Questa tensione ha animato tutta la mia vita... Per tutta la vita...ho sempre aspirato ad un pensiero multidimensionale. ...Ho sempre sentito che alcune verità profonde, antagoniste tra loro, erano per me complementari, senza smettere di essere antagoniste"⁶⁶.

Una processo conoscitivo complesso in cui i prodotti e gli effetti sono contemporaneamente cause e produttori di ciò che li produce; un processo interpretativo che tenti di cogliere la complessità del reale, prendendo le distanze da un quella scienza che storicamente si è andata costruendo sotto il segno dell'oggettività e di un universo costituito da oggetti determinati all'interno di uno spazio neutro e di leggi universalmente valide.

Si tratta quindi di sviluppare contemporaneamente dei saperi e delle pratiche che, in seno a una epistemologia della complessità, possano essere utili alla conoscenza delle forme delle realtà sociali, attraverso discorsi multidimensionale non totalitari, teorici ma non dogmatici, che contemplino, in maniera posizionata, la molteplicità dell'interpretazione, degli sguardi, insieme alle loro ricadute nello spazio sociale.

⁶⁶ Morin E., op. cit., p. 3.

Diseguaglianze in Salute e il quadro dei Determinanti Sociali

Rudolf Virchow e l'epidemia di tifo petecchiale in alta Slesia

*La Medicina è una scienza sociale
e la Politica altro non è che
la Medicina su larga scala.*
Rudolf Virchow

La citazione del patologo tedesco Rudolf Virchow introduce il tema delle relazioni tra salute e organizzazione sociale in chiave sanitaria. Gli effetti dell'organizzazione sociale sulla salute sono intatti patrimonio di una branca della medicina che è appunto la medicina sociale che affonda le sue radici nelle origini della *Public Health*, in particolare nell'idea che la promozione della salute sia definita dalle politiche pubbliche di promozione e protezione operate dagli stati nazionali.

Sebbene Virchow fosse un famoso patologo accademico tedesco, vissuto nell'Ottocento, le sue vicende professionali sono tornate d'attualità negli ultimi anni per via del suo contributo alla Salute Pubblica perfettamente inscrivibile nella prospettiva multi-disciplinare della patologia socialmente costruita presentata nel capitolo precedente. Virchow era un rigoroso uomo di scienza vissuto in un'epoca in cui le conoscenze della malattia nel corpo erano ancora pionieristiche. A lui si devono alcune acquisizioni fondamentali in Patologia, in Anatomia Patologica e in Patologia Cellulare, disciplina quest'ultima di cui fu assoluto pioniere riconoscendo, primo fra tutti, che la malattia non coinvolgeva solitamente l'intero organismo ma solamente alcuni gruppi di cellule.

Nei suoi studi sul corpo Virchow fu il primo a individuare le cellule dell'osso, il tessuto connettivo e a descrivere la mielina, oltre a essere il primo studioso a riconoscere la Leucemia, a descrivere i meccanismi della tromboembolia polmonare, a riconoscere il legame tra le malattie degli animali e degli uomini coniando il termine di zoonosi.

Per via di queste scoperte Virchow entrò in conflitto con Pasteur che parallelamente stava sviluppando la teoria dei germi e la batteriologia, sostenendo che la malattia nei tessuti era causata dal sovvertimento dell'ordine cellulare e non da un attacco esterno (si scoprirà in seguito che tutti e due gli autori avevano una parte della ragione).⁶⁷

Potremmo quindi sostenere che Virchow era il prototipo dell'uomo di scienza, ancorato saldamente alla prova empirica, al corpo come campo della ricerca, in un contesto in cui la medicina combatteva “a colpi di evidenze” contro il proliferare di teorie magiche, religiose o semplici ciarlatanerie.

Virchow utilizzava il suo estremo rigore scientifico e la sua intelligenza anche nello spazio della vita pubblica, in cui ricoprì a più riprese incarichi istituzionali anche a livello nazionale. Specchio del suo acume e del suo rigore è un aneddoto rispetto a uno scontro di posizioni che ebbe con il cancelliere Bismark. Il cancelliere di ferro infatti ebbe con Virchow uno scontro molto duro per via dell'opposizione di quest'ultimo al bilancio dello stato Prussiano, fortemente orientato sulle spese militari a scapito di quelle per la salute e il benessere della popolazione. Bismarck, fortemente

⁶⁷ Schultz M., *Rudolf Virchow*. Emerging Infectious Disease, 2008, 14(9):1480-1481.

irritato dalle critiche pubbliche, arrivò a sfidarlo a duello. Virchow, essendo stato sfidato e avendo il diritto di scelta delle armi, per sottolineare il maggior valore della prevenzione rispetto alla cura, scelse come arma due salsicce di maiale “caricate” con larve di *Trichinella* (il nematode che causa la *Trichinellosi* che stava studiando): una salsiccia cotta per sé e una cruda per Bismarck. Il Cancelliere, per il rischio eccessivo, si vide costretto a rifiutare il duello.

Dall'aneddoto si comprende come Virchow sapesse fondare sul solido piano delle sue ricerche empiriche anche le posizioni politiche e pubbliche, rappresentando in qualche modo un precursore di sanitari contemporanei come Paul Farmer.

A 27 anni Virchow viene inviato dal Ministero dell'Educazione prussiano in Alta Slesia, una regione a minoranza Polacca entrata a far parte dell'Impero, in cui imperversa un'epidemia di tifo petecchiale. Le condizioni generali nella provincia sono fortemente compromesse, e nel contesto agiscono differenti attori sociali con traiettorie spesso conflittuali. Virchow intuisce che contesto, epidemia e ambiente possono essere in qualche modo correlati, e decide di operare un'analisi dell'epidemia che tenga contemporaneamente in conto delle dimensioni ambientali, culturali, sociali, economiche e politiche, portando avanti un'indagine che oggi definiremmo trans-disciplinare e multimetodologica, se non fosse per gli strumenti di lavoro basati sulle intuizioni del patologo e non sullo sviluppo disciplinare. Virchow analizza la geografia e la storia della regione, e ricostruisce le mappe della distribuzione della malattia congiuntamente a quella delle risorse, producendo nel rapporto finale pagine brillanti di etnografia medica applicata alla *Global Health*:

“Una epidemia rovinosa e una terribile carestia hanno simultaneamente devastato un popolazione povera, ignorante ed apatica. In un solo anno il 10% della popolazione è morta nel distretto di Pless, il 6,48% di fame associata all'epidemia, e in accordo con i dati ufficiali, l'1,3% per la sola fame. In otto mesi, nel distretto di Rybnik, il 14.3% della popolazione era affetto da tifo, di questi il 20.46% è morto. In aggiunta, è stato stabilito che un terzo della popolazione ha bisogno di essere alimentata per un periodo di sei mesi. All'inizio di quest'anno il 3% della popolazione in entrambi i distretti era costituito da orfani. Un totale di 33 medici, molti sacerdoti, monaci ospedalieri e altre persone si sono ammalate durante l'assistenza. Molti di loro hanno perso la vita. La Germania non ha sperimentato condizioni neanche lontanamente paragonabili durante gli ultimi 33 anni di pace. Nessuno avrebbe ritenuto possibili queste condizioni in uno stato come la Prussia che dà tanta importanza all'eccellenza delle sue istituzioni”

Virchow constata come in Prussia non manchino né un quadro legislativo adeguato per fronteggiare un'epidemia di questo tipo, né i funzionari pubblici per dar seguito alle disposizioni, eppure i funzionari pubblici e la burocrazia non vogliono o non possono più aiutare le persone e sono capaci solo di produrre “lettere sulla carta” e “un castello di sabbia”. D'altra parte, Virchow riporta:

“l'aristocrazia feudale ha usato le sue ricchezze per indulgere nel lusso e nelle follie di corte, degli eserciti e delle città [...] la plutocrazia, che dirige la gran parte delle miniere dell'Alta Silesia, non riconosce gli abitanti come umani, ma come utensili o come «mani» [...] la gerarchia clericale ha avvallato lo stato di necessità dei miserabili come un biglietto per il paradiso”.

Una tale condizione, egli nota, avrebbe portato alla rivolta altre popolazioni, ma gli abitanti dell'Alta Silesia si sono abituati per secoli a estreme deprivazioni mentali e corporali, giungendo a

un livello di povertà e ignoranza “raramente riscontrabile in ogni altra nazione del mondo”, e hanno perso tutte le energie e tutta l'autodeterminazione, scambiandola per l'indolenza e per l'indifferenza anche fino al punto della morte. Le due uniche fonti di piacere in questo contesto sono diventate l'alcool e il sesso, causando un rapido aumento demografico della popolazione e un decadimento delle “capacità fisiche e dei contenuti morali”. In risposta al decadimento morale la Chiesa è intervenuta con atteggiamenti proibitivi, soprattutto verso i costumi sessuali. Questo ha prodotto una diminuzione del tasso di natalità ma allo stesso tempo una sorta di ascetismo depressivo nella popolazione. Questa popolazione, dice Virchow, non ha idea che fame e malattia sono in gran parte causate dall'impoverimento mentale e materiale in cui è affondata, e che le condizioni climatiche avverse non avrebbero avuto effetti così devastanti se gli abitanti fossero stati liberi, istruiti e benestanti, dando corpo, attraverso questo quadro diagnostico, ad alcune ipotesi terapeutiche:

“La medicina impercettibilmente ci ha portato nel campo sociale e messo in condizione di affrontare direttamente i grandi problemi del nostro tempo. Che sia ben chiaro, non è più una questione che riguarda il trattamento di un paziente o l'altro con farmaci per il tifo o prescrizioni per il cibo, alloggio e vestiario. Il nostro compito consiste ora nel dare cultura a un milione e mezzo di nostri concittadini che si trovano al livello più basso del degrado morale e fisico [...] Se vogliamo prendere provvedimenti correttivi, dobbiamo essere radicali [...] Se vogliamo dunque intervenire in Alta Slesia, dobbiamo iniziare a promuovere il progresso di tutta la popolazione, e stimolare uno sforzo comune generale.”

E possono essere riconosciute alcune strategie per la realizzazione di questi obiettivi:

“Una popolazione non potrà mai raggiungere l'educazione integrale, la libertà e la prosperità, sotto forma di un dono dall'esterno. Le persone devono acquisire ciò di cui hanno bisogno con le proprie forze [...] e gli deve essere insegnato attraverso strumenti diversificati, da un lato per mezzo di scuole che insegnino le basi del commercio e dell'agricoltura, da libri e riviste popolari, e dall'altro ci devono essere libertà nel senso più ampio del termine, in particolare per quanto riguarda la completa libertà di vita comunitaria...”

Virchow si spinge ancora oltre, abbozzando nelle strategie delle azioni volte a modificare l'architettura sociale:

“Separazione assoluta delle scuole dalla Chiesa, necessaria ovunque, in nessun luogo più urgente che in Alta Slesia [...] La terra produce molto di più di quanto la gente può consumare. Gli interessi del genere umano non sono serviti quando, per via di una assurda concentrazione di capitale e proprietà fondiaria nelle mani di pochi individui, la produzione è indirizzata in canali che da sempre reindirgono il flusso dei profitti nelle stesse mani. [La soluzione passa] pertanto nel rispettare la dottrina che ho posto al capo di questa discussione: democrazia libera e illimitata [...] Solo successivamente l'obiettivo sarà il miglioramento dell'agricoltura, dell'orticoltura e della zootecnia... [i piccoli proprietari terrieri] possono essere assistiti solo attraverso l'istruzione pubblica, l'introduzione di migliori ceppi di piante e migliori razze di animali domestici [...] Mentre lo Stato come tale non deve mai essere un datore di lavoro permanente, in quanto ciò porterebbe gradualmente ad un nuovo dispotismo [...] ciò che è necessario e

auspicabile è soprattutto l'associazione di quanti non possiedono terra, in modo che attraverso queste associazioni possano unirsi alle fila di quei cittadini che stanno godendo i doni della vita, e, quindi, finalmente smettere di essere semplici macchine per gli altri...”

E da qui una serie di considerazioni sul legame tra salute e diritto:

“Le persone contano soltanto come mani! È questo lo scopo delle macchine nella storia culturale delle nazioni? Il trionfo del genio umano non ha altro scopo che rendere la razza umana miserabile? Certo che no [...] L'uomo dovrebbe lavorare solo lo stretto necessario per strappare dal suolo, dalla sostanza grezza, quanto è necessario per l'esistenza di comodo per tutta la razza, ma dovrebbe non sperperare i suoi migliori poteri per accumulare capitale [...] Capitale e lavoro dovrebbero avere uguali diritti, e inoltre le forze vive non dovrebbero essere subordinate ai “capitali non-vivi”. I lavoratori dovrebbero avere una parte dei profitti totali, e inoltre con una migliore educazione sarebbero molto più felici. Questi sono i metodi radicali che sto suggerendo come rimedio contro il ripetersi di carestie e di grandi epidemie di tifo in Slesia. Lasciamo pure ridere quelli che non sono capaci di raggiungere i più elevati livelli della storia, le persone serie, con le idee chiare e capaci di apprezzare i tempi in cui vivono saranno d'accordo con me.⁶⁸

Il rapporto di Virchow coglie, oltre alle dimensioni già discusse precedentemente rispetto alle relazioni tra salute, individui, cultura, società e diseguaglianze, anche una dimensione operativa nella costruzione dei saperi medici e nel loro utilizzo come strumenti per la promozione della salute, ed è da questa esperienza che dimostra in maniera pratica come la costruzione transdisciplinare dei processi di salute e malattia faccia parte di un patrimonio storico dei saperi medici che è andato perduto nel tempo, anche attraverso il progresso tecnologico.

È per questo motivo che nel proseguo del capitolo verranno analizzati prima il quadro relativo alle diseguaglianze in salute e i vari modelli esplicativi, successivamente il quadro dei Determinanti Sociali di Salute e la prospettiva teorica delle relazioni tra determinanti, diseguaglianze e salute dei migranti, e infine una breve discussione sulle principali indicazioni relative alle metodologie di studio delle diseguaglianze in salute. Lo scopo non è quello di fornire una revisione esaustiva rispetto alla produzione scientifica nei differenti ambiti teorici, ma bensì di rafforzare l'idea che dentro allo stesso campo medico esistono già le conoscenze e le teorie che indicano la necessità sia di un approccio multidisciplinare e multimetodologico alla complessità che di una salute multiprofessionale e partecipativa. Infine, come vedremo nei capitoli successivi attraverso l'esperienza della fase empirica della ricerca, il lavoro di Virchow in Alta Slesia dimostra che non stiamo portando la medicina fuori dal suo ambito naturale di lavoro ma al contrario stiamo rinnovando e attualizzando delle metodologie di lavoro nel solco della più prestigiosa tradizione medica.

⁶⁸ Virchow R., *Archiv. für Patholog. Anatomie u. Physiologie u. für klin Medicin. 1848*, vol II, núms. 1 y 2 clásicos en medicina social, *Medicina Social*, volumen 3, número 1, enero 2008.

Equità e Disuguaglianze in Salute

Come accennato nell'introduzione al volume, citando il lavoro del medico inglese Iona Heath⁶⁹ esiste una sovrabbondante letteratura che descrive e analizza, attraverso una consistente produzione di dati epidemiologici, l'esistenza di disuguaglianze negli esiti di salute della popolazione, sia all'interno degli stati che tra gli stati.

Ma che cosa sono le disuguaglianze in salute?

Il dibattito internazionale sulla definizione di disuguaglianze in salute è ampio ed esula dallo scopo di questo lavoro, segnaliamo però che la scelta dell'una o dell'altra definizione non è neutra ma sottende visioni, etiche e modelli contrastanti che animano una tensione continua sull'uso dei termini e che rispecchiano i rapporti di forza tra i diversi attori nei vari contesti. La definizione di disuguaglianza problematizza infatti i processi che le generano e concorre alla loro emersione o al loro occultamento. Se le disuguaglianze sono differenze dovute alle scelte degli individui, infatti, il ruolo dei sanitari e della comunità diventa quello di fornire le informazioni corrette alla comunità stessa perchè questa possa compiere attraverso il libero arbitrio le scelte migliori; se le disuguaglianze invece sono differenze naturali e inevitabili il ruolo della comunità e dei servizi è tentare di compensare il più possibile gli effetti della natura sulla salute; infine, se le disuguaglianze non sono naturali, bensì processi sociali attivi, allora il compito della comunità e dei professionisti sanitari è quello di intervenire direttamente sui processi stessi, per modificarli. La definizione di disuguaglianze che adotteremo nel testo ricalca questa posizione ed è quella espressa da Margaret Whitehead dell'Università di Liverpool, largamente accettata nel contesto europeo, secondo cui: "Le disuguaglianze non sono differenze, il termine disuguaglianza ha una dimensione morale ed etica. Si riferisce a differenze che sono evitabili e non necessarie, oltre che inique e ingiuste ⁷⁰."

Secondo questa interpretazione la coppia "equità-inequità" sottende aspetti legati all'ingiustizia sociale e a comportamenti illeciti o scorretti. Le differenze negli esiti in salute non sono infatti distribuite in modo casuale nella popolazione, nè seguono andamenti definiti da forze estranee all'intervento umano, ma presentano pattern riconoscibili che riproducono dinamiche socialmente definite. Ne sono un esempio la sistematica maggiore incidenza di mortalità o malattia nelle classi socio-economiche più basse della comunità⁷¹ o il fatto che i figli delle famiglie più povere muoiano con una frequenza doppia di quelli nati da famiglie ricche⁷²; o che i peggiori esiti in salute dovuti alle barriere di accesso ai servizi sanitari o sociali colpiscono in particolar modo la popolazione più fragile, marginalizzata o discriminata della comunità⁷³.

I precursori degli studi citati dalla Heath sono stati due rapporti prodotti dal sistema sanitario inglese: il rapporto Black⁷⁴ nel 1980 e il rapporto Acheson⁷⁵ del 1998, in cui sono state descritte all'interno della popolazione inglese disuguaglianze basate sulla classe social, sul reddito, sulla cittadinanza; questo all'interno di un sistema sanitario di tipo universalista, gratuito al punto di accesso, sovvenzionato attraverso la tassazione generale e quindi tendenzialmente equitativo e

⁶⁹ Heath I., 2010, op. cit.

⁷⁰ Whitehead M., *The concepts and principles of equity and health*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.

⁷¹ World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva, 2008, pp.109-119.

⁷² Black M., Morris S., Bryce J., *Where and why are 10 million children dying every year?*, The Lancet, 2003, 361, pp. 2226-2232.

⁷³ World Health, Geneva, 2008, op. cit. pp. 94-105.

⁷⁴ DHSS, 1980, op.cit.

⁷⁵ Acheson D., *Independent inquiry into inequalities in health*, The Stationery Office London, 1998.

redistributivo.

Dai due rapporti in poi si sono succedute una serie di altre ricerche, sia incentrate sulle disuguaglianze all'interno degli stati, sia su quelle tra gli stati, che hanno via via sollevato la gravità del quadro epidemiologico e costretto a una profonda riflessione il mondo dei sanitari. Tanto che nel 2005 l'Organizzazione Mondiale della Salute ha lanciato una commissione per lo studio delle disuguaglianze in Salute, che esiterà nel 2008 nel famoso rapporto *Closing the Gap in a Generation*⁷⁶ e in un programma di lavoro permanente⁷⁷.

Per capire l'allarme suscitato nel mondo sanitario basti pensare che, sempre nell'aprile 2008, Richard Horton, direttore della prestigiosa rivista sanitaria britannica «The Lancet», ha aperto l'editoriale sulla salute materno-infantile in questo modo:

“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”⁷⁸.

Nel rapporto annuale dell'OMS, sempre del 2008, si legge invece:

“Nel complesso, il progresso in salute nel mondo è stato considerevole. Se i bambini avessero continuato a morire con i tassi del 1978, si sarebbero contati 16,2 milioni di decessi a livello mondiale nel 2006. Nella realtà, si sono verificati 9,5 milioni di decessi. [...] Ma queste cifre mascherano alcune differenze significative tra i vari paesi. Dal 1975, il tasso di declino della mortalità sotto i cinque anni nel suo complesso è stato molto più lento nei paesi a basso reddito rispetto a quelli più ricchi.”⁷⁹

I dati dell'OMS riportano una serie di disuguaglianze nell'andamento di vari indicatori epidemiologici: la prevalenza dell'uso di metodi contraccettivi rimane in Africa intorno al 21%, mentre in altre regioni a basso reddito si sono raggiunte coperture del 61% delle popolazioni target; il tasso di aborto nell'Africa Sub-Sahariana è invece aumentato, mentre il trend è in diminuzione in quasi tutte le altre aree del pianeta; ci sono ben 33 paesi al mondo in cui ancora meno della metà di tutte le nascite ogni anno viene seguita da personale sanitario qualificato, con picchi minimi addirittura del 6%, e l'Africa Sub-Sahariana è l'unica regione al mondo in cui l'accesso a servizi sanitari competenti al momento del parto non è in aumento⁸⁰.

Più in generale, i dati epidemiologici relativi a indicatori come l'aspettativa di vita mostrano come, da quando sono disponibili dati consolidati a livello globale (più o meno circa dalla metà degli anni '70 fino al 2005), il già ampio differenziale nell'aspettativa di vita tra gli abitanti dei paesi a basso reddito e gli abitanti dei paesi a reddito elevato anziché ridursi è andato via via allargandosi, crescendo di 2,1 anni, mentre tra i paesi ad alto reddito e i paesi dell'Africa Sub-Sahariana il differenziale è cresciuto mediamente di 3,8 anni. Per dare un'idea della dimensione del fenomeno,

⁷⁶ World Health Organization, Geneva 2008, op.cit.

⁷⁷ [I Determinanti Sociali della Salute. Da: http://www.who.int/social_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)

⁷⁸ Horton R., *Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn and child survival*, The Lancet, 2008, 371(4), p. 1219.

⁷⁹ World Health Organization, *The world health report 2008: primary health care now more than ever*, Geneva 2008.

⁸⁰ United Nations, *The Millennium Development Goals report 2007*, New York, 2007.
<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>,

guardando agli estremi opposti possiamo registrare che nel 2007 l'aspettativa di vita media in Giappone era di 82 anni, mentre era di soli 34 anni in Sierra Leone⁸¹, un cittadino Giapponese quindi poteva sperare di vivere nel 2007 circa 2,4 volte in più di quanto potesse sperare di vivere un cittadino della Sierra Leone.

Allo stesso modo le disuguaglianze sono state ampiamente studiate all'interno dei paesi, riscontrandole in maniera sistematica praticamente in ogni contesto in cui siano stati effettuati degli studi. Abbiamo già ricordato all'inizio del paragrafo gli studi inglesi *Black* e *Acheson*, che sono stati precursori del tema, altri studi che hanno coinvolto quantità di popolazioni rilevanti e per tempi congrui sono ad esempio lo studio Townsend⁸² o quello longitudinale italiano effettuato da Costa a Torino⁸³.

Anche nella regione Emilia Romagna sono stati condotti negli ultimi anni differenti studi, soprattutto relativi alle modalità di accesso ai servizi sanitari.

Nel dossier a cura dell'Agenzia Sanitaria dell'Emilia Romagna⁸⁴ sono riportati dati relativi ai ricoveri, all'accesso al Pronto Soccorso, alle cure pre-natali, alla interruzioni volontarie di gravidanza e alla mortalità infantile che hanno dimostrato la presenza di disuguaglianze consistenti e diffuse specialmente in relazione alla popolazione migrante, alle donne e agli anziani.

Il tema delle disuguaglianze e del loro contrasto è diventato quindi un argomento rilevante anche sul territorio della ricerca anche in relazione alla popolazione migrante^{85 86}, imponendosi anche nelle politiche sanitarie attraverso gli strumenti normativi di gestione della Salute Comunitaria, come il Piano Sociale e Sanitario regionale⁸⁷, e ancora di più con il Piano della Prevenzione 2010-2012:

“Da un lato vi sono i portatori di bisogni più tradizionali, persone in condizioni di disagio grave e conclamato, quasi sempre multidimensionale: persone in stato di povertà estrema e senza un domicilio, persone tossicodipendenti o alcooldipendenti, persone con disagio psichico, anziani poveri e soli, detenuti e ex-detenuti, immigrati poveri e/o clandestini, richiedenti asilo, ex-prostitute, nuclei familiari problematici, nomadi, persone che pur vivendo in appartamento hanno interrotto ogni vincolo sociale. Dall'altro lato vi sono le cosiddette 'nuove povertà' che da più parti si segnalano in crescita. Si tratta frequentemente di situazioni di sofferenza (spesso di natura

⁸¹ UN Statistic Division. <http://unstats.un.org/unsd/default.htm>

⁸² Department of Health and Social Security, *Inequalities in health. Report of a research working group*. DHSS, UK, 1980.

⁸³ Costa G., Spadea T., Faggiano F., Cardano M., *Diseguaglianze nella salute: determinanti e politiche in Italia negli anni '90*, 2000 www.gimbe.org/lea/doc/costa.doc.

⁸⁴ Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna, *Dossier 145-2007. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie*, (a cura di) Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Regione Emilia-Romagna, Bologna, marzo 2007

⁸⁵ Baronciani D., Basevi V., Battaglia S., Caranci N., Lupi C., Perrone E., Simoni S., Verdini E.; *La nascita in Emilia Romagna. 7° rapporto sui dati del certificato di assistenza al parto (cedap). Anno 2009*, Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna, 2010.

http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2009.pdf

⁸⁶ Pacelli B., Bonvicini L., Ventura C., Candela S. *La popolazione immigrata in età 45-64 anni e l'effetto "migrante sano": è ancora presente o è già in atto la transizione epidemiologica? Alcune considerazioni sulla popolazione immigrata a Reggio Emilia, a partire dai ricoveri ospedalieri*. Atti della XXXIII Riunione dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, Modena, 22-24 ottobre 2009

http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/cdf/gr_ric/pr_determin/stpr_associaz/pubblicazioni/disug_cedap_2009/link.html

⁸⁷ Regione Emilia Romagna, Piano Sociale e Sanitario 2007-2009,

http://www.uilfplemiliaromagna.it/documenti/lug07/pssr_2007-2009_29giu07.htm

economica) che, se non affrontate, possono aggravarsi: qui rientrano, infatti, le persone che si trovano in quella zona grigia in cui il non-disagio sfuma nel disagio, che a volte oscillano al di sopra e al di sotto della linea di povertà o che presentano sia segnali di una certa integrazione, sia tratti che espongono la persona a potenziali rischi di esclusione. Sono all'interno di questo gruppo: i nuclei familiari monoreddito e i nuclei monogenitoriali a basso reddito (spesso madri sole con figli), a volte anche privi di reti di sostegno e spesso immigrati (dall'estero e da altre zone d'Italia), i lavoratori con basse retribuzioni, pensionati, gli adulti 40-50enni senza lavoro, i lavoratori precari e le famiglie che presentano la "sindrome della quarta settimana" o accumulano situazioni di debito. L'attuale profonda crisi economica sta sicuramente abbassando questa "soglia", e genera situazioni di sofferenza in nuovi strati sociali cui si accompagnano nuove condizioni di rischio per le condizioni di salute. A tali gravi problemi va data risposta assumendo come criterio-guida, nell'individuare obiettivi e azioni, la ricerca dell'equità, ovvero non la proposizione astratta di un'offerta eguale di servizi, ma l'individuazione di strategie e tattiche differenziate, proporzionate e mirate ai differenti bisogni espressi o comunque individuati. Nel contesto odierno di crisi, che accelera e rende più gravi e pesanti le disuguaglianze, la ricerca dell'equità deve subire una pari accelerazione, individuando obiettivi e azioni specifiche volte a rispondere ai target più bisognosi e in difficoltà."⁸⁸.

Come spiegare le disuguaglianze in salute

Dalla constatazione della presenza di disuguaglianze in salute si può passare alla scelta di specifiche azioni e politiche di contrasto, ma occorre che siano ben compresi i meccanismi attraverso cui lo svantaggio sociale, relativo e assoluto, agisce sulla salute. Una volta rivelati tali meccanismi, ognuno di essi può diventare una porta d'ingresso per un intervento di prevenzione o di correzione degli effetti sfavorevoli sulla salute. Le ipotesi esplicative più spesso riprese si focalizzano su più distinti percorsi.

Teoria Genetica:

Una prima spiegazione tenta di ricondurre le disuguaglianze di salute a differenze genetiche tra le classi, ma la sua plausibilità appare minata da una solida argomentazione, fondata sull'inversione del gradiente sociale di un fenomeno epidemiologico epocale noto come transizione epidemiologica. L'espressione si riferisce al passaggio, nel secolo appena concluso, da una fase storica in cui la causa di morte dominante nelle società occidentali era rappresentata dalle malattie infettive, alla fase attuale, in cui questo ruolo è stato assunto dalle malattie cardiovascolari e dai tumori; queste ultime patologie, un tempo definite *dell'opulenza* per la loro stretta correlazione con la mortalità delle fasce sociali privilegiate, si sono progressivamente concentrate, fino a dilagare, negli strati più svantaggiati delle ricche popolazioni occidentali. Lo stesso comportamento è peraltro tipico anche di importanti fattori di rischio responsabili di gran parte delle disuguaglianze di salute, quali per esempio il fumo, che viene spesso descritto come un'epidemia che va per fasi;

⁸⁸ Regione Emilia Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, *Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna*.

fenomeno, questo, difficilmente conciliabile con un determinismo genetico nelle diseguaglianze in salute.

Teoria comportamentalista:

Questo modello esplicativo indica come determinanti principali delle diseguaglianze sociali di salute gli stili di vita, o meglio, la diversa propensione ad adottare comportamenti insalubri (fumo, sovraconsumo di alcol, alimentazione inadeguata, assenza di esercizio fisico) o, in altri termini, a esporsi ai classici fattori di rischio individuali.

Benché apparentemente lineare, questa interpretazione si accompagna a fondate obiezioni. Anzitutto, sul piano logico, il paradigma comportamentista condurrebbe a uno slittamento del problema, lasciando dietro le quinte la spiegazione sottesa alla variazione della salute e della speranza di vita degli individui in ragione della loro classe sociale, e focalizzando l'attenzione sul perché la propensione degli individui ad adottare stili di vita insalubri appaia variare secondo la loro classe. A questo proposito, l'assunto per cui l'adozione di comportamenti nocivi sarebbe conseguente alla mancanza di informazione accurata e, in definitiva, di piena consapevolezza circa gli effetti dannosi delle proprie abitudini, non ha trovato conferma empirica; al contrario, non sembrano esserci differenze sociali, per esempio, nell'intenzione di smettere di fumare espressa dagli intervistati nell'indagine nazionale britannica sulle famiglie⁸⁹, a riprova che la consapevolezza delle conseguenze negative di specifici comportamenti non sempre riesce a render conto della diversa incidenza tra le classi sociali di quegli stessi comportamenti. Inoltre, per molte altre abitudini come ad esempio l'esposizione ai rischi professionali i margini di libera scelta individuale tendono ad annullarsi, rendendo eticamente discutibile una spiegazione generica in chiave di stili di vita: un simile approccio conduce alla colpevolizzazione della vittima a cui è stato accennato precedentemente. Infine, se all'argomentazione «stili di vita» è stata riconosciuta una certa valenza euristica in relazione a disuguaglianze di morbosità e mortalità per patologie eziologicamente correlate a determinate condotte (come nel caso delle malattie cardiovascolari, associate direttamente all'abitudine al fumo, alla vita sedentaria e a una scorretta alimentazione), sarebbe difficile collocare in questa cornice teorica le cause di morte poco o nulla dipendenti dall'adozione di stili di vita rischiosi per la salute, che pure si legano a disuguaglianze di mortalità non meno nette (come il tumore dello stomaco o le malattie respiratorie nelle donne). Molti dei più diffusi comportamenti insalubri, quali il consumo di tabacco, di bevande alcoliche, dei cosiddetti comforting food, ricchi di zuccheri e grassi saturi, possono esprimere non tanto l'esito di una libera scelta, informata e responsabile, quanto la ricerca di un adattamento a condizioni di stress cronico. Il contributo alle disuguaglianze di salute dei fattori psicosociali è infatti ormai ampiamente riconosciuto, sebbene sia spesso sottovalutato, a favore delle condizioni materiali o degli stili di vita.⁹⁰ Per spiegare questi esiti di salute l'epidemiologo inglese M. Marmot ha usato il termine *Status Syndrome*, per definire una condizione di rischio per la salute provocata da una situazione di subordinazione nell'attività lavorativa che genera "low control at work, lack of autonomy and low social participation". Come già sottolineato nei capitoli precedenti, lo scarso controllo del proprio lavoro, la perdita di autonomia e la bassa partecipazione sociale sono fattori associati a un aumento del rischio cardiovascolare, a maggiori assenze dal lavoro per malattia e maggiore incidenza di malattie mentali. La plausibilità biologica di una tale ipotesi è ben descritta nel capitolo "Social

⁸⁹ Jarvis M.J., Wardle J., *Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking*, in Marmot M., Wilkinson R.G. (a cura di), *Social determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford, 1999.

⁹⁰ Wilkinson R.G., *Putting the picture together: prosperity, redistribution, health, and welfare*. in Marmot M., Wilkinson R.G. (a cura di), *Social determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford, 1999.

organization, stress, and health” del libro “Social determinants of health”⁹¹. La Status Syndrome sottende l'evocazione delle reazioni “Combatti-o-fuggi” e la successiva attivazione a livello cerebrale degli assi simpato-adreno-midollare e ipotalamo-pituitario-corticosurrenale, responsabili dell'ipertono simpatico (aumento della frequenza e della pressione cardiaca) e dell'eccesso di produzione di cortisolo. Una condizione che, se eccessivamente ricorrente e prolungata nel tempo, provocherebbe un maggiore rischio di malattie cardiovascolari, tumori, malattie infettive e l'accelerazione dei processi d'invecchiamento. Occorre ricordare inoltre che l'esperienza di stress cronico può innescare o far precipitare alcuni dei processi patologici già presenti nell'individuo. Per spiegare gli effetti dello stress cronico vengono utilizzati vari modelli: il modello demand/control, che attribuisce la responsabilità dell'origine delle disuguaglianze sociali di salute allo squilibrio esistente tra le classi sociali nell'accesso alle risorse di controllo, in relazione alle richieste psicofisiche subite⁹²; il modello di effort/reward imbalance, che sottolinea piuttosto, come causa determinante, lo scompenso nel rapporto tra l'impegno speso dagli individui nello svolgere i compiti che competono loro, in funzione dei diversi ruoli sociali assunti, e le ricompense ottenute⁹³;

Effetto selezione: (health selection effect):

Secondo questa teoria lo stato di salute degli individui dipenderebbe solo in minima parte dalle condizioni economiche e sociali del proprio ambiente di vita e sarebbe il “capitale biologico” proprio di un individuo, a condizionarne l'accesso alle diverse posizioni sociali, così come la mobilità tra esse. Gli studi che hanno tentato di verificare questa ipotesi, tuttavia, hanno sì dimostrato la fondatezza di questa tesi, ma hanno anche stimato che il suo impatto sulle disuguaglianze nella salute rimane sostanzialmente modesto⁹⁴;

Le fasi precoci della vita:

Come abbiamo visto esistono studi che confortano l'ipotesi di un'associazione tra condizioni di svantaggio nella prima età e mortalità prematura nella vita adulta, verificando l'importanza delle condizioni dei primi anni di vita e addirittura nella gestazione nel definire alcune patologie nella vita adulta⁹⁵;

Il corso di vita (life course):

Questa prospettiva offre invece un'interpretazione in chiave dinamica in cui la salute dell'individuo è assunta come un prodotto della posizione sociale occupata lungo tutta la vita. Inoltre, attraverso specifici meccanismi di strutturazione dei processi sociali, l'individuo resterebbe esposto a un'accumulazione selettiva di futuri vantaggi o svantaggi. In altri termini, le esperienze sociali precedentemente vissute da una persona, interagendo con fattori di natura biologica, tenderebbero a incidere profondamente nella fisiologia e nella patologia del suo corpo: la matrice sociale

⁹¹ Brunner E., Marmot M., *Social organization, stress, and health*, in Marmot M., Wilkinson R.G. (a cura di), *Social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford, 2006.

⁹² Karasek R.A., *Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign*. *Administrative Science Quarterly*, 1979, 24: 285-308.

⁹³ Siegrist J.A., *Theory of occupational stress*, in Dunham J. (a cura di), *Stress in occupations: past, present and future*, Whurr Publishers Limited, London, 1999.

⁹⁴ Cardano M., Costa G., Demaria M., *Social mobility and health in the Turin longitudinal study*. *Soc Sci Med*, 2004, 58: 1563-74.

⁹⁵ Barker D., *Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life*, *Lancet*, 1993, 341: 938-941.

risulterebbe, così, letteralmente “incorporata”, al pari di una cicatrice^{96 97}. Trasponendo su un piano collettivo la logica del corso di vita, anche la distribuzione sociale della salute e della malattia sarebbe la risultante di simili processi cumulativi di vantaggi o svantaggi. L’assunto centrale della teoria è che lo sviluppo biologico individuale abbia luogo in un contesto sociale capace di strutturare le opportunità di vita in modo tale che i vantaggi e gli svantaggi tendano a concentrarsi trasversalmente e ad accumularsi longitudinalmente: è probabile che l’esposizione a un ambiente di vita e di lavoro “rischioso” sia combinata con l’esposizione ad altri fattori di rischio, ed è anche probabile che tali esposizioni si accumulino lungo il corso della vita. In senso trasversale, per esempio, è verosimile che un individuo esposto a rischi di natura fisico-chimica o psicosociale nella sfera professionale presenti una probabilità maggiore di vivere in un’abitazione precaria e con scarse condizioni igieniche, di risiedere in un quartiere deprivato o con tassi superiori di inquinamento atmosferico, di percepire un reddito che non gli consente un’alimentazione sana ed equilibrata. D’altra parte, l’organizzazione sociale risulta strutturare vantaggi e svantaggi anche lungo l’asse longitudinale, essendo ragionevole che il vantaggio o lo svantaggio emergente in una fase del proprio corso di vita sia stato preceduto e sia seguito da simili condizioni negli altri passaggi della biografia individuale: per esempio, un bambino cresciuto in una famiglia benestante potrebbe godere di maggiori opportunità di successo in ambito scolastico, il che ne favorirebbe l’ingresso nei settori più privilegiati del mercato del lavoro, dove un adeguato schema pensionistico potrebbe garantirgli la sicurezza economica in tarda età; all’altro estremo, è probabile che un bambino proveniente da una famiglia svantaggiata interrompa gli studi precocemente, acquisisca limitate competenze scolastiche e professionali e venga reclutato nei settori meno qualificati del mercato del lavoro, dove scarse retribuzioni e ambienti insalubri tendono a combinarsi con minime o inesistenti coperture previdenziali e pensionistiche, innescando la spirale della dipendenza assistenziale in età anziana. Questi processi sociali interagiscono con quelli biologici, e quindi con la salute secondo svariati percorsi. La relazione può essere diretta e correlata a una specifica patologia, o di carattere più generale, nell’ambito di un’interazione costante tra una sorta di “programmazione biologica”⁹⁸ e determinati processi sociali in continuo divenire. La dinamica soggiacente al primo di questi processi, l’accumulazione (o “programmazione”) sociale, è data dalla continuità tra le condizioni economico-sociali della classe di appartenenza dei genitori, le circostanze consequenzialmente esperite durante la propria infanzia e adolescenza e, infine, la posizione socioeconomica in età adulta^{99 100}. Ciò che appare importante è che non si individua un unico fattore dominante dotato di un’influenza a lungo termine sulla salute, ma una serie di condizioni che influenzano la vulnerabilità dell’individuo e si legano progressivamente in una catena di svantaggi che si accumulano. La mobilità sociale costituisce un ulteriore meccanismo attraverso cui la salute e i fattori sociali possono concatenarsi lungo il corso della vita. La posizione socioeconomica dei genitori influenza molti aspetti dell’infanzia che, a loro volta, condizionano le chances e la direzione della mobilità sociale – inter e intragenerazionale – in una diversa classe, dove ulteriori vantaggi o svantaggi tendono ad accumularsi. D’altra parte, la posizione sociale condiziona l’impatto di nuovi svantaggi, minimizzandolo tra i privilegiati e amplificandolo tra gli individui già deprivati. La probabilità che una salute compromessa sia, per esempio, associata alla

⁹⁶ Blane D., *The life course, the social gradient, and health*. in Marmot M., Wilkinson R.G. (a cura di), *Social determinants of Health*. Oxford University Press, Oxford, 1999.

⁹⁷ Kuh D., Ben-Shlomo Y. (a cura di), *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford University Press, Oxford, 1997.

⁹⁸ Barker D.P.J., *Mothers, babies, and disease in later life*. BMJ Publishing Group, London, 1994.

⁹⁹ Wadsworth M., *Early life*. in Marmot M., Wilkinson R.G. (a cura di), *Social determinants of Health*., Oxford University Press, Oxford, 1999.

¹⁰⁰ Wadsworth M., *Family and education as determinants of health*. in Blane D., Brunner E., Wilkinson R. (a cura di), *Health and social organisation*., Routledge, London, 1996.

disoccupazione varierebbe, secondo questo schema, in ragione della propria posizione socioeconomica o, più in generale, in ragione del proprio consolidato livello di vantaggio (o svantaggio) sociale, come se questo agisse da meccanismo «protettivo» o «additivo» rispetto alla possibile esposizione a un evento svantaggioso. Un'ultima argomentazione rinvia all'ipotesi dell'esistenza di un effetto di contesto di per sé, secondo cui l'ambiente di vita circostante, espresso dalle caratteristiche fisiche, ecologiche, infrastrutturali e socioeconomiche dell'area di residenza, avrebbe comunque un suo impatto sulla salute dei singoli soggetti, agendo secondo dinamiche indipendenti da quelle legate alla disponibilità individuale di risorse economiche, culturali o di potere, e talvolta, sovrapponendosi a queste ultime fino ad amplificarne l'effetto^{101 102}.

La teoria neo-materialista:

Tale teoria prevede che le disuguaglianze nella salute siano il risultato di differenti accumulazioni di esposizione e di esperienze che hanno la loro radice nel mondo materiale. L'interpretazione sottolinea la relazione scalare tra posizione socioeconomica e accesso a condizioni materiali tangibili, da quelle fondamentali come cibo e casa all'accesso a servizi telefonici, multimediali ecc.¹⁰³;

La teoria psicosociale:

Secondo tale prospettiva le disuguaglianze nel reddito e le forme di povertà relativa determinano in coloro che si trovano nelle posizioni più basse della scala sociale ansietà, insicurezza, disistima, vergogna, isolamento sociale, depressione¹⁰⁴. Questi sentimenti negativi si tradurrebbero, secondo il modello del carico allostatico, (cfr determinanti salute: stress) in stati di salute precari o in comportamenti a rischio.

Teoria della qualità delle cure:

Quando parliamo di accesso ai servizi intendiamo l'incontro tra l'utente e l'ente che eroga il servizio, per cui hanno una rilevanza equivalente sia gli elementi che caratterizzano gli utenti sia quelli che caratterizzano l'organizzazione e i professionisti che vi lavorano. Inoltre la caratterizzazione di entrambi gli "attori" (utenti e professionisti-organizzazione) avviene all'interno di un contesto sociale, dal quale non è possibile prescindere. L'accesso ai servizi è oggetto di critiche ricorrenti, come molto dibattuta è l'ipotesi che fa dipendere le disuguaglianze in salute dall'iniquità nell'assistenza sanitaria. Queste posizioni vanno valutate alla luce di una serie di considerazioni. Da un lato, il peso complessivo degli interventi preventivi di popolazione (vaccinazioni, screening) e delle cure mediche sul miglioramento della sopravvivenza non sembra superare il 20%¹⁰⁵, dall'altro varie ricerche hanno riscontrato un significativo impatto dei servizi

¹⁰¹ Macintyre S., Maciver S., Sooman A., *Area, class and health; should we be focusing on places or people?*, J Soc Policy, 1993, 22: 213-34.

¹⁰² Macintyre S., Ellaway A., Cummins S., *Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?*, Social Science Med, 2002, 55: 125-39. <http://www.esf.org/>.

¹⁰³ Maciocco G., *Le disuguaglianze nella salute all'internodi una nazione*, Savar rivista del nursing in movimento, 2004.

¹⁰⁴ Marmot M., Wilkinson R.G., *Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response toynch et al.*, British Medical Journal, 2001, 322: 1233-6.

¹⁰⁵ Tarlov A. *Social determinants of health. The sociobiological translation.* in Blane D., Brunner E., Wilkinson R. (a cura di), *Health and social organization*. Routledge, Londra, 1996.

sanitari nel mantenere o allargare le disuguaglianze non solo in salute della popolazione¹⁰⁶.

L'accesso ai servizi non può essere ridotto a un meccanismo dicotomico del tipo sì/no, dentro/fuori. Il dentro e il fuori rappresentano gli estremi di un continuum all'interno del quale l'accesso oscilla, in quanto incorporato e iscritto in una componente sociale.

Per identificare i meccanismi che sono alla base dei processi di disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari è necessario considerare un complesso intreccio di variabili, non solo cliniche, epidemiologiche, economiche, ma anche psico-sociali e socioculturali, il singolo e il suo contesto culturale di riferimento, l'incontro fra il sistema di cura e il cittadino¹⁰⁷.

I fattori generatori delle disuguaglianze di accesso sono, pertanto, riconducibili a vari livelli:

- Caratteristiche e organizzazione della struttura sanitaria: ostacoli burocratici, prenotazione delle visite, liste d'attesa, criteri di priorità di accesso ecc.
- Caratteristiche dei professionisti e degli operatori sanitari: la loro preparazione tecnica e la loro capacità di relazionarsi con i gruppi di popolazione più vulnerabili, l'assunzione di atteggiamenti discriminatori da parte di alcuni di loro.
- Caratteristiche dell'utente: l'appartenenza a particolari categorie svantaggiate per caratteristiche socio economiche, culturali (compreso l'atteggiamento nei confronti della malattia), religiose, d'età ecc. Queste fasce di popolazione particolarmente fragili possono non avere possibilità e capacità sufficienti per accedere e utilizzare i servizi e le risorse disponibili.
- Caratteristiche dell'interazione fra organizzazione-professionista e utente: questa interazione può articolarsi in diversi momenti del percorso di accesso, in cui si giocano processi legati all'aspettativa di ciascun attore, nonché al pregiudizio che può manifestarsi nei confronti di specifiche fasce di popolazione.
- Caratteristiche del contesto sociale: la comunità, le reti sociali ecc.

Le caratteristiche della struttura, la preparazione degli operatori, le risorse personali e sociali dei fruitori del servizio sono le premesse per l'interazione fra sistema sanitario e utente. Ma l'esito di questo incontro non è semplice conseguenza della somma di queste singole caratteristiche, bensì risultato del modo in cui queste intervengono e vengono gestite nel corso dell'interazione.

Oltre a questi livelli in cui può essere scomposto l'insieme dei meccanismi generatori "sociali" esistono dei veri e propri ostacoli che si frappongono fra popolazione in condizioni di svantaggio e l'accesso. Ci sono almeno tre tipi differenti di barriere che limitano l'accesso ai servizi sanitari¹⁰⁸:

- Barriera geografica: la distanza fisica rappresenta in molti casi un ostacolo non solo di tipo logistico ma anche economico. Persone in condizioni di svantaggio tendono a essere prive di mezzi propri di trasporto e devono quindi contare su trasporti pubblici spesso inaffidabili, costosi e poco convenienti.
- Barriera finanziaria: anche dove non esistano pagamenti diretti (tickets, user fees) per le prestazioni, differenti costi di opportunità possono effettivamente fungere da barriera all'accesso per diversi gruppi sociali. Ad esempio, lavoratori pagati a ore possono esitare

¹⁰⁶ Whitehead M., Dahlgren G., Evans T., *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*, Lancet, 2001, 8, 358(9284): 833-6.

¹⁰⁷ Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna, *Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo esperienze europee*, Dossier 111, Bologna, Regione Emilia Romagna, 2005.

¹⁰⁸ Stefanini A., 1998, op. cit.

prima di assentarsi durante l'orario di lavoro per recarsi ad una visita medica. L'orario di apertura degli ambulatori o i vari sistemi di appuntamento possono a volte presentarsi problematici.

- **Barriera culturale:** la comunicazione fra operatore sanitario e paziente e le informazioni fornite dal sistema sanitario sono spesso di scarsa qualità e questo può rappresentare un notevole problema per persone che appartengono a un background culturale e sociale diverso da quello del professionista che incontrano. Per esempio in Gran Bretagna si è visto che i lavoratori manuali spendono meno tempo e scambiano meno informazioni col loro medico rispetto ai lavoratori non manuali. Le differenze culturali di cui sono portatori le persone immigrate implicano ulteriori problemi di comunicazione e percezione dello stato di salute fisica e psicologica.

Il problema della difficoltà di accesso e della garanzia di un accesso equo per tutti non è di certo di facile soluzione per il sistema sanitario, e la semplice eliminazione di uno degli ostacoli sopra descritti potrebbe risultare insufficiente a garantire automaticamente l'equità. Bisognerà sempre tenere in considerazione che alcuni gruppi sociali continueranno a utilizzare il servizio in modo diverso, per problemi di tempo a disposizione, di trasporto o per ragioni culturali e sociali di vario tipo.

Alcune abilità e risorse personali si configurano come elementi di differenziazione tra gli individui e all'interno dei gruppi sociali, anche nell'ambito dell'accesso ai servizi:

- le capacità elementari: leggere e scrivere;
- la capacità di percepire e esprimere un bisogno di interventi sanitari;
- la capacità di ottenere informazioni utili a migliorare la propria condizione.

La possibilità di accedere e utilizzare le informazioni determina le condizioni entro le quali possono svilupparsi quei tipi di capacità in grado di ridurre almeno quattro dimensioni relative al rischio di esclusione¹⁰⁹:

- esclusione culturale: il mancato riconoscimento da parte degli altri del proprio modello di vita;
- esclusione da isolamento sociale: la riduzione dei contatti sociali all'interno del solo gruppo svantaggiato;
- esclusione spaziale: isolamento urbano e ghettizzazione;
- esclusione istituzionale: estromissione da alcuni servizi fondamentali come la scuola e i servizi di welfare, tra cui quello sanitario.

Il deficit di informazione discrimina in termini di opportunità complessive di scelta, di capacità dei singoli di utilizzare effettivamente le risorse per i propri bisogni e progetti. Conoscere il servizio sanitario, come le sue risorse e le modalità per accedervi, sono fattori fondamentali per evitare disuguaglianze e discriminazioni.

Il ruolo del sistema sanitario

A prescindere dal dibattito su quanto effettivamente i sistemi sanitari vadano ad incidere sulla salute delle persone, le disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi restano socialmente e

¹⁰⁹ Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna, 2005, op. cit. pp. 11-14.

moralmente ingiuste.

In ogni società l'assistenza sanitaria possiede una considerevole valenza etica poiché creare un sistema sanitario che emargina la parte più vulnerabile della popolazione, significa legittimare l'esclusione sociale.

I sistemi sanitari, possono, dunque, rafforzare le disuguaglianze all'interno di una società, ma possono, all'opposto, essere mezzo per contrastarle e promuovere l'equità.

Esistono tre meccanismi attraverso i quali un sistema sanitario può tentare di combattere le disuguaglianze in salute ¹¹⁰:

- assumendo l'iniziativa e un ruolo guida nel promuovere un approccio più globale e strategico nell'ambito delle politiche pubbliche più in generale;
- facendo in modo che le risorse siano distribuite tra le diverse aree in proporzione al loro bisogno relativo, ad esempio attraverso la ricerca di una formula di allocazione delle risorse ponderata sui bisogni (di salute e non soltanto di assistenza sanitaria) che persegua l'obiettivo dell'equità distributiva;
- rispondendo in modo adeguato ai differenti bisogni sanitari dei differenti gruppi sociali, facilitando, ad esempio, l'accesso e l'uso efficace dei servizi sanitari

Diventa, dunque, sempre più importante riconoscere che i sistemi sanitari non costituiscono soltanto un servizio di cura e prevenzione della malattia, ma anche una base importante di redistribuzione della ricchezza e lotta alla povertà.

Fare appello al dovere etico e morale di contrastare le ingiustizie sociali e perseguire l'equità può imprimere una nuova linfa ad un sistema che finora si è troppo concentrato sulla sola sua efficienza¹¹¹.

Teoria ecosociale:

A partire dalla metà degli anni '90, sono comparsi nella letteratura epidemiologica, soprattutto anglofona, i primi approcci alle disuguaglianze in salute che distinguevano tra i determinanti della salute e i determinanti della distribuzione differenziale della salute nella popolazione. Tra questi, uno degli esempi più rilevanti è l'approccio ecosociale della Krieger^{112 113 114 115}.

La particolarità della teoria ecosociale risiede nel tentativo di affrontare i processi salute e malattia mantenendone la loro complessità ma adottando un approccio pragmatico e operativo. Per fare questo, la Krieger utilizza un apparato teorico multidisciplinare e strumenti integrati multimetodologici, intersecando in maniera processuale e contestualizzata i differenti piani in cui la salute può essere analizzata e, allo stesso tempo, facendo interagire gli individui, la loro storia, quella dei rispettivi gruppi e reti sociali e lo spazio ecologico (fisico, sociale, politico) in cui agiscono. L'attenzione all'“ecologia” (ovvero l'analisi degli organismi nel loro contesto) rappresenta

¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹ Ibidem.

¹¹² Krieger N., *Commentary: society, biology, and the logic of social epidemiology*, Int J Epidemiol, 2001, 30:44–46.

¹¹³ Krieger N., *Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?*, Soc Sci Med, 1994, 39:887–903.

¹¹⁴ Krieger N., *Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective*. Int J Epidemiol, 2001, 30:668–677.

¹¹⁵ Krieger N., *Embodying Inequality: A Review of Concepts Measures, and Methods for Studying Health Consequences of Discrimination*. International Journal of Health Services, 1999, 29 (2): 295-352.

quindi l'ambizioso tentativo di “superare il “riduzionismo” epidemiologico “prigioniero dell'approssimazione” e dei “fattori di rischio” ma senza cadere in un “olismo” indifferenziato e paralizzante, insensibile alle specifiche malattie, esposizioni, luoghi o epoche incapace di produrre un effettivo avanzamento dell'epidemiologia nella sostanza e nella pratica”¹¹⁶. In altri termini la teoria ecosociale riconosce come i processi salute e malattia siano plasmati dalle continue interazioni tra individuo e ambiente circostante, interazioni normalmente indagate in maniera parziale, attraverso discipline differenti che di fatto producono saperi frammentati e azioni non integrate. Tale frammentazione dei saperi disaggrega la realtà e limita l'utilizzo delle conoscenze nella pratica. Per esempio, la costruzione del falso dualismo tra *paziente* e *ambiente*, tra *mente* e *corpo*, tra *natura* e *cultura*, tra *biologia* e *società*, si risolve in azioni prodotte da ambiti disciplinari e da professionisti svincolati gli uni dagli altri, non necessariamente coordinati, con effetti negativi rispetto all'efficacia degli interventi. Le diverse discipline, inoltre, non sono necessariamente interessate a riflettere rispetto agli effetti delle loro azioni sugli altri contesti o sui pazienti, e considerando una parte come il tutto, forzano i soggetti e la comunità a fissarsi in quelle dimensioni atte a concordare con i quadri teorici.

Al contrario, una teorizzazione epidemiologica integrata è in grado di mettere al centro dei processi il paziente e la sua comunità, cogliendo contemporaneamente sia i fattori che si collocano nei diversi campi disciplinari sia quelli che si sviluppano a cavallo di essi. Inoltre la teoria ecosociale presta attenzione alla dimensione storica in cui il paziente si colloca, sia in relazione alle storie di vita che alle storie delle reti sociali, sia in relazione al contesto locale e che alle epoche diverse.

L'attenzione al contesto, anche attraverso le teorie ecologiche, ricostruisce l'unità tra individuo, comunità e ambiente, puntando l'attenzione sulle interazioni e sulle influenze reciproche, anche quando conflittuali e disarmoniche.

Le teorie ecologiche convergono su alcuni punti:

- per comprendere le interazioni reciproche tra organismi e ambiente sono necessarie analisi che tengano conto dei diversi “piani concettuali”, dei fattori “tempo” e “spazio”, e che considerino questi processi contemporaneamente, utilizzando dimensioni spazio-temporali e contesti contemporaneamente geografici e storici;
- gli “organismi” individuali (incluso le persone) appartengono necessariamente a “popolazioni” e tutti e due sono modellati e modellano l'ambiente; di conseguenza:
- l'ambiente ecologico è importante perché rivela i particolari meccanismi causali che congiuntamente (nelle loro interazioni spazio-temporali) producono i pattern specifici dei fenomeni.

Ne consegue che le direzioni dei flussi causali tra organismi, popolazioni e ambienti sono bidirezionali – anche se non necessariamente si influenzano con la stessa forza – e sono in grado di produrre feedback sia positivi che negativi.

Lo spazio ecologico è dunque molto più complesso di un semplice insieme di fattori di rischio o protettivi, non rappresenta un campo statico o ordinato in cui le interazioni sono sempre prevedibili, e è quindi meglio descritto da un insieme di interazioni disordinate piuttosto che da un equilibrio armonioso.

Queste considerazioni sono di particolare rilevanza rispetto al quadro dei determinanti sociali di salute e rispetto allo studio delle disuguaglianze.

¹¹⁶ Krieger N., *Epidemiology and the people's health: theory and context*, Oxford University Press, Oxford, 2011, p. 202.

Il quadro dei determinanti (così come lascia intendere la parola stessa) potrebbe essere inteso come un modello causa-effetto di tipo meccanicistico in cui esistono correlazioni dirette e unidirezionali tra i livelli più esterni e quelli più interni.

L'approccio ecologico, al contrario, problematizza la nozione stessa di "livello" indagando quanto esso sia una rappresentazione di un campo confinato o una astrazione analitica, quanto un determinato fenomeno esista o si esaurisca in un solo dei livelli, e quanto sia esclusivamente dipendente dai processi di questo. Privato della nozione di "livello" lo schema dei determinanti deve essere rivisto nelle relazioni causa-effetto gerarchiche, così come rispetto alle nozioni di "fattore di rischio", "distale", "prossimale" o "catena di eventi", considerando che ciascuno dei fattori chiamati in causa interagisce in maniera biunivoca con gli altri e senza necessità di intermediazione.

A questa impostazione la Krieger associa alcune proposizioni fondamentali:

“Le persone letteralmente incorporano biologicamente le esperienze vissute nei rispettivi contesti sociali ed ecologici, generando in tal modo pattern di produzione della salute e della malattia nella popolazione”.

“Il profilo epidemiologico sociale è modellato da stili di vita sottesi alle forme dell'organizzazione della società, dalle dinamiche di distribuzione di potere e risorse, dalle forme di produzione e riproduzione della vita – sia sociale che biologica – nello spazio vitale che coinvolge le persone, le altre specie e il mondo biofisico in cui essi vivono.”

“I determinanti dei mutevoli modelli sociali di distribuzione della malattia, comprese le disuguaglianze in salute:

- sono esogeni al corpo della persona,
- si manifestano a diversi livelli e coinvolgono diverse scale spazio-temporali ed è più facile che i fenomeni dei livelli macro guidino e limitino i fenomeni dei livelli meso e micro che viceversa; per estensione i geni sono rilevanti per quanto riguarda la distribuzione sociale della malattia più in relazione all'espressione genica che alla frequenza genica.

“Nelle società che presentano stratificazioni sociali basate sulla proprietà e sul potere e in cui gli strati sociali con maggior potere e risorse rappresentano una piccola percentuale della popolazione, i più diffusi esiti di salute e i maggiori carichi di malattia (e potenzialmente i carichi relativi di malattia) ricadono sulla popolazione con meno potere e meno risorse visto che rappresentano la maggioranza della popolazione; come corollario, rispetto alle patologie più rare e infrequenti (non endemiche), non è possibile prevedere in anticipo le disuguaglianze negli esiti, e se esistono prevederne la direzione del gradiente.”

“La distribuzione della malattia nella società non viene spiegata attraverso i meccanismi patogeni della malattia, in quanto questi ultimi non prendono in considerazione le dinamiche, i pattern e i tassi di distribuzione della malattia nella popolazione nel corso

del tempo e nei differenti contesti.”

“Per comprendere e trasmettere i significati, i limiti e le spiegazioni che gli studi epidemiologici danno dei pattern di distribuzione della salute, della malattia e del benessere nella popolazione, è necessario intraprendere una epidemiologia riflessiva, che situi in più ampi contesti sociali teorie della ricerca volte alla pratica, all'analisi e all'interpretazione dei risultati¹¹⁷”.

In maniera critica quindi, la teoria ecosociale mette in discussione l'epidemiologia classica sia sul piano teorico sia su quello dell'efficacia.

Se l'epidemiologia classica argomenta la necessità di un approccio riduzionista in funzione dell'aumentata operatività sul campo, la teoria ecosociale si interroga sulla reale risolutività di un apparato teorico parziale, che non tiene conto della prospettiva dei pazienti, dell'esperienza di malattia delle persone reali – che vivono nel mondo reale – nella complessità dei loro contesti e delle loro epoche. Un apparato teorico capace di descrivere, e quindi di rendere operativi, solo una parte dei meccanismi della generazione della malattia, capace di cogliere l'ineguale distribuzione della malattia nella popolazione ma non di individuarne le cause strutturali, gli attori e i pattern sociali che la realizzano.

Al contrario, consentendo, attraverso un approccio alla complessità multi-disciplinare e multi-metodologico, l'ingresso nel campo della ricerca epidemiologica delle dimensioni del potere, del contesto ecologico e del tempo, la teoria ecosociale consente un percorso a ritroso. Partendo dalle persone e dalle altre specie che ne condividono lo spazio ecologico, essa individua i meccanismi generatori della malattia, descrive la diseguale distribuzione della malattia a partire dalla ineguale distribuzione di risorse materiali e di potere, descrive chi, cosa e perché genera tali disuguaglianze e, infine, i meccanismi attraverso i quali queste dimensioni si *incorporano* negli individui.

Il concetto di *incorporazione* è infatti uno dei cardini della teoria ecosociale e rappresenta un utile dispositivo teorico per ricongiungere il piano della biologia e dell'epidemiologia classica con le discipline sociali, politiche e umanistiche che si occupano di salute.

Nell'accezione della Krieger, il concetto di *incorporazione* – ovvero la letterale incarnazione nella dimensione biologica dell'esperienza di vita vissuta nel contesto sociale ed ecologico – restituisce una dimensione dialettica al corpo, non più inteso come mero risultato di variabili genetiche o biologiche naturalmente definite, ma come prodotto delle relazioni multi-direzionali tra le dimensioni biologiche e quelle ecosociali in cui l'individuo è immerso. Le relazioni sono multi-direzionali perché l'individuo e il suo corpo non sono solo prodotto delle relazioni ma anche produttori delle stesse. In tal senso, un corpo ammalato dalle difficili condizioni di vita dovute alla povertà socialmente definita, dopo l'evento malattia sarà ancora meno in grado di produrre risorse per il suo sostentamento con un conseguente peggioramento della salute.

Se il corpo fisico, e la malattia quindi, sono la traccia concreta delle traiettorie di vita degli individui dipanatesi attraverso pattern dinamici in un dato contesto sociale ed ecologico e in una data epoca, le disuguaglianze in salute, se pur osservate nei corpi, rappresentano il segno nei corpi di forze e fattori “esogeni” ai corpi stessi.

Sebbene i geni e la biologia non perdano la loro rilevanza nel determinare la malattia, quando si riscontrano differenze negli esiti di salute tra differenti gruppi di persone le differenze biologiche tra i gruppi non sono le uniche chiamate in causa. La storia delle relazioni tra i gruppi, le ragioni e le

¹¹⁷ Ibidem.

modalità con cui sono stati definiti o si sono co-definiti nelle differenti epoche (datore di lavoro/dipendente, colonizzatore/colonizzato, libero/schiavo, nativo/immigrato, ecc.), le modalità con cui sono state definite o co-definite le relazioni reciproche, chi e come ha stabilito le regole (*de jure* o *de facto*) rispetto a come i gruppi accumulano o possono ereditare proprietà, privilegi e altre risorse in un dato tempo e attraverso le generazioni, rappresentano fattori cruciali nell'interpretazione delle diseguaglianze tra i gruppi stessi.

Lo stesso dicasi per le diseguaglianze in salute legate al genere in cui le dimensioni del sesso biologico operano sinergicamente con le costruzioni sociali di genere e con la definizione dei ruoli e delle interazioni sociali tra i diversi gruppi.

La variabilità nelle modalità di relazione tra gruppi e individui, associata alle multiple forme e livelli che queste possono assumere, rende necessaria un'analisi puntuale delle forme rispetto allo spazio ecosociale in cui gli individui vivono e plasma i loro corpi. Questo concetto rappresenta il secondo postulato della teoria ecosociale sintetizzato dalla Krieger nell'idea che esistano percorsi di incorporazione (letteralmente "*pathways of embodiment*") multipli che possono essere studiati solo prestando attenzione alle modalità e alla specificità delle relazioni tra soggetto e contesto.

Tali relazioni non sono prevedibili anche se rispettano pattern condizionati dal contesto e dalle epoche, operano simultaneamente sui diversi livelli del contesto ecosociale, e coinvolgono attivamente diversi protagonisti – con influenze reciproche e multi direzionali – che definiscono e sono definiti dal contesto e dalla dimensione storica. Questa complessità viene racchiusa dalla Krieger nel terzo postulato, secondo il quale, nel corso di tutta l'esistenza (in una prospettiva *life course*) l'individuo si relaziona con l'ambiente che lo circonda con effetti sulla salute di volta in volta positivi o negativi. L'esito dell'esposizione a uno specifico fattore dannoso per la salute in un determinato tempo, quindi, dipende dalla storia delle "esposizioni" o relazioni precedenti e non solo dalla forza e dal tempo dell'esposizione attuale, in quanto la storia della persona, o anche quella dei suoi progenitori, può aver modificato la sua "suscettibilità" o "resistenza" al danno stesso. Suscettibilità e resistenza non si riferiscono esclusivamente al livello biologico ma al contrario si applicano all'intero contesto relazionale del soggetto.

La Krieger a titolo esemplificativo delinea sei direttrici dell'esposizione operanti in livelli differenti:

- deprivazione economica e sociale;
- sostanze tossiche, agenti patogeni, e condizioni di rischio;
- discriminazione e altre forme di traumi socialmente inflitti (minacce verbali o atti violenti mentali, fisici e sessuali, sperimentati direttamente o a cui si è assistito);
- marketing mirato di prodotti nocivi (ad esempio il cibo "spazzatura" o sostanze psicoattive come il tabacco, l'alcool e altre droghe lecite e illecite);
- assistenza sanitaria inadeguata o degradante;
- degrado degli ecosistemi, incluso l'alienazione sistematica delle popolazioni indigene dalle loro terre e dalle loro economie tradizionali.

Questa formulazione non rappresenta un elenco chiuso ma piuttosto uno spunto di riflessione per la sanità pubblica circa i processi causa di malattia nella popolazione, l'importanza relativa dei vari determinanti e delle variabili omesse dall'epidemiologia classica e l'opportunità che queste variabili rivestono nel comprendere i meccanismi generatori delle diseguaglianze.

La scelta di un determinato quadro teorico di riferimento – con le costruzioni della realtà che ne discendono – non è quindi una mera questione di interesse accademico; piuttosto, chiamando in causa il legame tra descrizione, valutazione delle diseguaglianze e modalità con cui queste vengono affrontate, si configura come una scelta metodologica che rispecchia un posizionamento sul piano dell'etica, della politica e della giustizia sociale. Per quale motivo l'epidemiologia esiste, qual è lo

scopo della descrizione epidemiologica della realtà, quali sono le conseguenze di uno studio epidemiologico?

Se la diseguale distribuzione della salute nella popolazione è definita dalla diseguale distribuzione di risorse e potere tra individui e gruppi sociali, compito dell'epidemiologia è descrivere "l'economia politica della salute", definita dall'organizzazione dei sistemi politici ed economici e dai rispettivi pattern di distribuzione della ricchezza e del potere.

La completa e corretta descrizione delle diseguaglianze e dei processi che le generano però non è comunque sufficiente alla loro risoluzione; alla descrizione devono accompagnarsi azioni adeguate di compensazione e di modifica dell'architettura sociale.

È per questo motivo che la Krieger utilizza nel suo quarto costrutto la coppia "*accountability*" e "*agency*" per analizzare e affrontare le diseguaglianze in salute.

Una responsabile analisi delle diseguaglianze, attenta all'organizzazione sociale, politica ed economica e alla distribuzione del potere, può guidare e deve essere seguita da azioni concrete di contrasto alle diseguaglianze a livello individuale e istituzionale.

La coppia "*accountability/agency*" riconosce l'indissolubilità tra costruzione dell'informazione e suo uso, sia a livello istituzionale che individuale, sia sui processi macro sia su quelli meso e micro. Infatti basandosi sul riconoscimento delle interazioni multiple la teoria ecosociale valorizza sia le interazioni che possono essere intraprese dal livello strutturale nei confronti dei livelli inferiori, sia quelle che possono essere intraprese dai livelli meso e micro nei confronti dei medesimi livelli o dei livelli superiori. Attraverso questo approccio la teoria non subalternizza i disegualizzati, riconoscendo che è a partire dalla restituzione della loro agentività che possono essere intraprese delle strategie di cambiamento dell'organizzazione sociale in senso più egualitario.

In questo modo la teoria ecosociale riconosce la non linearità tra le relazioni causali che possono anche non coinvolgere i livelli immediatamente contigui.

In questa prospettiva perde significato la nozione di determinate distale, intermedio e prossimale, in quanto i vari fattori possono agire a ogni livello direttamente con l'individuo e senza bisogno di mediazione. Allo stesso modo però i vari fattori si relazionano direttamente con gli altri senza direttamente coinvolgere ogni singolo individuo e, ancora, gli individui o la comunità possono influenzare direttamente ciascuno dei vari fattori indipendentemente dal livello macro meso o micro in cui essi si trovano.

Da questa interpretazione del quadro dei determinanti discende che la responsabilità della malattia è distribuita su diversi livelli, tra cui anche quello del sistema sanitario. Ne discende inoltre che l'epidemiologia deve essere responsabile nella descrizione dei processi salute malattia, proprio perché con le sue descrizioni può essere fattore di occultamento delle vere cause di malattia oppure attore della loro rivelazione. Essere "*accountable*" non è però una caratteristica sufficiente per l'epidemiologia: oltre alla responsabilità nella descrizione, è necessaria la responsabilità nello stimolare la promozione della salute e la giustizia sociale. Se la responsabilità della malattia è distribuita a tutti i livelli, non solo tutti i livelli devono essere coinvolti come soggetti dell'azione dell'epidemiologia, ma anche come protagonisti dell'"*accountability*" e dell'"*agency*". In tale prospettiva devono essere inclusi e chiamati in causa, come soggetti attivi e non necessariamente bisognosi di intermediazione, i pazienti, i cittadini e i loro network sociali; essi dovrebbero essere – e messi nella condizione di essere – attori nella promozione della loro salute e di condizioni di vita più giuste e nella trasformazione dell'architettura sociale.

La Krieger rinforza questo concetto utilizzando la metafora dell'ecologia sociale frattale, nel tentativo di ricostruire la continuità e la ripetitività dei pattern di interazione tra sociale e biologico a livelli di individuo, di comunità e di società.

La teoria frattale è una teoria emergente particolarmente indicata nello studio dei fenomeni complessi o caotici, e ben si adatta ai processi che mostrano una auto-similarità su scale multiple,

come il contesto dei sistemi auto-organizzati e non-in-equilibrio del mondo globalizzato. L'aspetto chiave della metafora “ecosociale frattale” è che consente di catturare dinamicamente e integralmente l'intreccio delle caratteristiche sociali e biologiche a ogni livello.

Considerazioni finali

La varietà di modelli esplicativi finora presentati mostra quanto l'analisi delle disuguaglianze in salute sia complessa e quanto ancora siano necessari studi specifici per testare e verificare i quadri teorici e i processi chiamati in causa. Al momento, queste differenti chiavi di lettura sono spesso state messe in contrapposizione, ma in realtà sposarne una è spesso più una scelta di opportunità o di affinità che di disapprovazione delle altre. Rimane sul piano metodologico la necessità di testare le prospettive degli individui con quelle del sistema sviluppando modelli di analisi che come vedremo in seguito rappresentando la sfida di riunire diversi paradigmi e modelli esplicativi in salute che fanno affidamento a strategie di costruzione della realtà spesso molti differenti. In ultima analisi, chiedersi quali tra tutti questi meccanismi sia più importante per spiegare le disuguaglianze in salute può diventare inutile, laddove le prospettive descrittive non servano a modificare i processi che rendono le persone ingiustamente diseguali negli esiti in salute.¹¹⁸

¹¹⁸ Kawakchi I. et al., 2002, op. cit.

I determinanti di salute:

In questo capitolo verranno descritti i principali determinanti di salute che saranno presentati come chiavi di lettura del fenomeno delle disuguaglianze. La teoria dei determinanti, seppur concettualizzando in maniera piuttosto rigida i processi di salute e malattia, ha rappresentato e continua a rappresentare uno strumento molto comunicativo e pratico per aiutare gli operatori sanitari a leggere i processi di salute e malattia senza isolare l'individuo dal contesto socioeconomico e politico in cui agisce e vive. Numerose sono le critiche che sono state avanzate al modello, sia internamente sia da altre discipline; prima di presentarle verrà però fornita una sintetica descrizione del quadro dei determinanti.

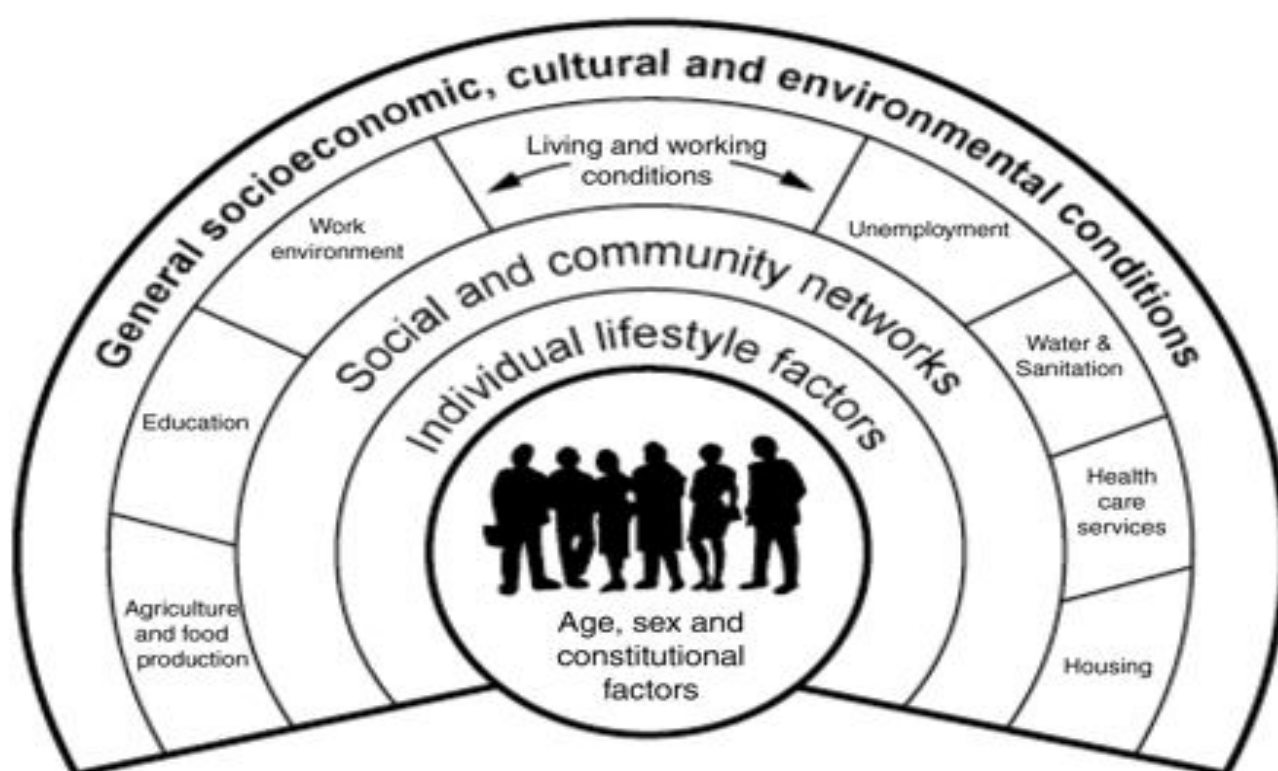


Figura 1. I Determinanti di salute.

Il modello dei determinanti risale al patrimonio della medicina sociale degli anni '80, ma viene formalizzato nella dimensione che conosciamo all'inizio degli anni '90 ad opera di due ricercatori, Dahlgren e Whitehead¹¹⁹, esemplificato dall'ormai famoso diagramma della figura 1. Il modello della figura 1 è costituito da una serie di strati concentrici, che dovrebbero corrispondere a diverse categorie di fattori influenzanti la salute:

119

Dahlgren G., Whitehead M., *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

Fattori genetici e biologici

Oggi si tende ad attribuire un'importanza centrale al modello genetico delle cause di malattia ed effettivamente alcune patologie (come ad esempio la talassemia, la fibrosi cistica, la malattia di Huntington, alcuni tumori familiari del colon e della mammella) sono legate a mutazioni di un singolo gene. Tuttavia, nonostante queste evidenze scientifiche, si è stimato che i geni come determinanti di malattia sarebbero in grado di spiegare l'1-5% del carico delle patologie umane. Geni, età, sesso e altri fattori costituzionali vengono a torto considerati nella salute pubblica tradizionale come fattori imm modificabili. L'espressione dei geni, ad esempio, è fortemente influenzata dall'ambiente esterno; nel caso di patologie come il diabete di tipo 1 infatti abitudini alimentari e stili di vita sono in grado di influenzare l'insorgenza della malattia e il suo decorso¹²⁰.

Comportamenti e stili di vita individuali

Negli ultimi decenni, in particolare nel settore della prevenzione, lo stile di vita individuale e le scelte comportamentali del singolo hanno assunto un'importanza sempre maggiore. Tuttavia, una visione di questo tipo può spiegare la scelta di comportamenti rischiosi, quando questa è fatta in piena libertà, ma non è sufficiente a spiegare le scelte compiute in condizioni di libertà limitata, condizionata dalle caratteristiche sociali, economiche e culturali dell'ambiente in cui si vive. Numerosi studi hanno ad esempio dimostrato come i vari fattori di rischio per patologie cardiovascolari (ipertensione, fumo, obesità, sedentarietà, alimentazione ricca di grassi) risultano distribuiti diversamente all'interno delle classi. In proposito, gli studi Whiteall¹²¹, effettuati sui dipendenti pubblici degli uffici governativi di Londra sono molto significativi. Il primo studio Whiteall, risalente al 1960, nacque come uno studio su malattie cardiovascolari e diabete in relazione ai fattori di rischio comportamentali individuali. Diversamente da quello che era l'obiettivo di partenza lo studio finì col dimostrare una correlazione fra mortalità e stato economico. Fino ad allora la classe sociale non era mai stata vista come possibile causa di malattia. Il secondo studio Whiteall, iniziato nel 1985, ha dimostrato ampiamente questo gradiente sociale. La classe più bassa tra i dipendenti ministeriali britannici risulta infatti avere un rischio superiore di morire per patologie cerebrovascolari rispetto alla classe superiore. Tuttavia solo il 60% del gradiente è spiegato dai fattori di rischio tradizionali (legati a comportamenti dannosi). Resta dunque da spiegare a cosa sia dovuto l'altro 40% del rischio, e per farlo bisogna studiare fattori come, la struttura e il sopporto sociale, il contesto ambientale, lo stress sul lavoro e i fattori psicologici.

Relazioni sociali e affettive

L'individuo non esiste da solo: egli interagisce con i familiari, gli amici e la comunità circostante. La qualità di queste relazioni influenza la vita delle singole persone e può determinare un diverso stato di salute sia attraverso meccanismi psicologici che attraverso condizioni materiali favorevoli o avverse. Nel vasto ambito delle relazioni sociali si possono definire particolari situazioni che influiscono sullo stato di benessere:

L'esclusione sociale

L'esclusione sociale ha un forte impatto sulla salute, soprattutto in termini di morte prematura. Le cause non sono solo legate alla privazione materiale in sé, ma anche alle

¹²⁰ Zimmet P., Alberti K., Shaw J., *Global and societal implications of the diabetes epidemic*. Nature, 2001, 414,13.

¹²¹ Marmot M., Brunner E., *Cohort profile: the Whitehall II study*. International Journal of Epidemiology, 2004.

condizioni sociali e psicologiche di chi vive in povertà. Senza tetto, immigrati, disoccupati, lavoratori occasionali, minoranze etniche rappresentano i gruppi più a rischio. Vivere in condizioni di povertà compromette la possibilità di abitare in case salubri, di avere una buona istruzione, in altre parole di vivere pienamente la propria vita. Tuttavia l'esclusione sociale è anche risultato del razzismo e delle discriminazioni; quindi disabili, malati mentali o cronici, finiscono per essere spesso gruppi a loro volta emarginati. La concentrazione fisica e la segregazione degli esclusi in aree circoscritte può fare diventare queste ultime a loro volta deprivate e svantaggiate, condizionando le opportunità di chi vi vive e nasce. Tra salute ed emarginazione esiste un rapporto biunivoco, per cui una condizione di povertà compromette lo stato di salute (ad esempio per la mancanza di una abitazione), ma anche la malattia stessa (ad esempio malattie croniche e invalidanti) potrebbe determinare l'espulsione dal mercato del lavoro e un processo di esclusione sociale.

Il supporto sociale

Quando si parla di coesione sociale o di capitale sociale ci si riferisce a quelle caratteristiche delle relazioni (fiducia, reciprocità, appartenenza) che agiscono come risorsa per gli individui e facilitano un'azione collettiva per un beneficio comune. Una forte rete sociale di comunicazione e mutua obbligazione ha un effetto altamente protettivo sulla salute e incoraggia stili di vita e comportamenti più sani. Il network sociale inizia a strutturarsi all'interno della famiglia, degli amici e del quartiere, per poi espandersi alla comunità di residenza, scuola, ambiente di lavoro, istituzioni religiose, fino ad arrivare alle influenze del sistema politico-economico e del mercato del lavoro. La coesione sociale fatta di fiducia e rispetto reciproco all'interno della comunità e della più ampia società aiuta a proteggere le persone e la loro salute. Si è dimostrata infatti una relazione tra tipologia di composizione familiare e mortalità: il profilo è caratterizzato da una forte protezione per i coniugati e da eccessi di mortalità crescenti fra single, vedovi per finire coi separati e divorziati. Il supporto familiare è molto importante anche per il benessere delle neo-madri e riduce depressione e complicanze del post-partum¹²². Alti livelli di coesione sociale sono anche stati correlati con bassi livelli di malattie coronariche.

La frattura della coesione sociale legata ad ampie disuguaglianze tra ricchi e poveri porta a più alti indici di mortalità. Come illustra Wilkinson nel suo libro *"Unhealthy societies. The afflictions of inequality"* durante il periodo fra le guerre, la Gran Bretagna ha registrato una netta restrizione delle differenze di reddito, che si è accompagnata a un grande senso di solidarietà e di coesione sociale, che si è tradotto in un aumento dell'aspettativa di vita. Questo fenomeno è confermato anche dal lavoro di Amartya Sen sulla speranza di vita in Gran Bretagna dal 1901 al 1960¹²³. Le decenni 1911-1921 e 1940-1951 (i periodi che comprendono le due guerre mondiali) videro inaspettatamente i più rapidi incrementi nella speranza di vita. Sen attribuisce il rapido miglioramento dello stato di salute della popolazione alle politiche promosse dai governi dell'epoca quali la condivisione dell'assistenza sanitaria e delle limitate risorse alimentari (attraverso il razionamento e i sussidi nutrizionali). I provvedimenti del governo inglese volti a garantire assistenza sanitaria e un'equa distribuzione del cibo risultarono estremamente efficaci in quanto affrontarono le difficoltà materiali provocate dalla guerra e generarono allo stesso tempo un diffuso senso di coesione sociale. La tesi che la coesione sociale allunghi la vita, in virtù dei meccanismi psico-sociali sopra citati, è supportata da molte evidenze. In questo senso una più equa distribuzione

¹²² Chiazzo A., Cois E., *Il supporto sociale*, in Costa G., Spadea T., Cardano M., *Disuguaglianze di Salute in Italia*. Epidemiologia & Prevenzione, 2004, 28 (3): 57-63.

¹²³ Sen A., *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, 2001, p. 55.

del reddito rappresenta un buon indicatore del livello di coesione sociale¹²⁴. È stato osservato infatti che nelle aree metropolitane statunitensi con maggiori diseguaglianze nel reddito la mortalità è più alta rispetto alle aree con una più equa distribuzione del reddito (questo si verifica indipendentemente dal reddito medio dell'area metropolitana)¹²⁵.

L'effetto socialmente corrosivo di forti diseguaglianze nella distribuzione del reddito è confermato anche dal caso della Russia: l'andamento della speranza di vita alla nascita nella popolazione maschile negli ultimi trenta anni del secolo scorso ha visto, dopo il collasso dell'Unione Sovietica, un decremento da 65 a 57 anni; in seguito a un periodo di miglioramento, in seguito alla grave crisi economica del 1998, si registra una nuova rapida discesa che perdura fino all'ultimo anno disponibile (2003). L'eccesso di mortalità riguarda soprattutto le malattie cardiovascolari e le cause violente (suicidi, omicidi, avvelenamenti da alcol, incidenti stradali). Vi sono pochi dubbi che tale situazione sia causata dalla disgregazione della società russa in seguito agli eventi della seconda metà degli anni '80: l'allargarsi della fascia di povertà e delle diseguaglianze del reddito, la quasi totale scomparsa di ammortizzatori sociali, infine il senso di disperazione e di insicurezza che si è abbattuto su larga parte della popolazione. (Fonte: WHO/Europe, European HFA Database)¹²⁶. Pertanto risulta evidente che ridurre le differenze di reddito offre la prospettiva di valorizzare il capitale sociale e di conseguenza di migliorare la salute degli individui.

Il quarto livello del diagramma dei determinanti, include i fattori di rischio classicamente appannaggio della salute pubblica di stampo novecentesco: l'ambiente di vita e di lavoro, il reddito, l'occupazione, l'istruzione, l'alimentazione, l'abitazione, le condizioni igieniche, i trasporti e il traffico, i servizi sanitari e sociali¹²⁷:

L'alimentazione

Una dieta equilibrata è un elemento cruciale per promuovere la salute. La mancanza quantitativa di cibo o una sua scarsa qualità possono infatti causare malattie da deficit nutrizionali e malnutrizione. Anche un introito eccessivo di cibo è una forma di malnutrizione che può contribuire all'insorgenza di patologie cardiovascolari, diabete, obesità, cancro. Nelle nostra società coesistono quindi due problemi opposti: l'eccesso e la mancanza di cibo. Le differenze socio-economiche si riflettono nella dieta delle persone: la maggior parte delle abitudini alimentari insalubri risultano infatti inversamente correlate con il livello di istruzione e la classe sociale. In particolare i meno istruiti e gli appartenenti alle classi più svantaggiate hanno una tendenza più elevata fare scarso consumo di frutta, verdura e pesce, a eccedere nel consumo di cibi processati, ricchi di conservanti e grassi (anche per il loro minor prezzo). Le cattive abitudini alimentari si strutturano già nell'infanzia e in età prescolare, e si mantengono per tutta la vita¹²⁸. Molto frequente inoltre è l'associazione tra i fattori di rischio per cui a una scorretta dieta si accompagnano spesso obesità, vita sedentaria e fumo.

¹²⁴ Wilkinson RG., *Ourselves and others - for better or worse: social vulnerability and inequality*, in Marmot M., Wilkinson RG., *Social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford, 2006.

¹²⁵ Linch J.W. et al., *Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States*, Am J Public Health 1998; 1074-1080.

¹²⁶ WHO/Europe, European HFA Database.

¹²⁷ Black R. et al., *Where and why are 10 million children dying every year?*, Lancet, 2003, 361:2226-2232.

¹²⁸ Vannoni F., *Stili di vita*, in Costa G., Spadea T., Cardano M., *Diseguaglianze di Salute in Italia*, Epidemiologia & Prevenzione, 2004, 28 (3): 64-75.

Le fasi precoci della vita

Sin dai primi anni di vita, in ogni individuo alla programmazione biologica si associa la programmazione sociale della persona, che consiste nella strutturazione dell'identità e nello sviluppo della capacità di gestire le relazioni sociali. Numerosi studi hanno dimostrato un'associazione tra condizioni di svantaggio nelle prime fasi della vita e mortalità prematura nell'età adulta. Ad esempio, bassi livelli di crescita fetale dovuti a malnutrizione della madre durante la gravidanza, sono associati in modo significativo a una maggiore mortalità per malattie cardiovascolari nei figli divenuti adulti¹²⁹. Un bambino nato da madre con basso reddito e scarsamente istruita ed esposta a fattori di rischio (dipendenza da alcool e/o fumo, anemia legata a malattie intercorrenti o carenze nutrizionali), è probabile che presenti uno sviluppo nutrizionale e cognitivo ridotto fin dai primi anni di vita, incontri minori opportunità scolastiche, abbia difficoltà a entrare nel mercato del lavoro o raggiunga posizioni meno qualificanti dove scarse retribuzioni e/o ambienti insalubri si associano a minime coperture previdenziali. Un bambino nato invece da madre in buona salute e cresciuto in una famiglia benestante e di conseguenza meno esposto a rischi per la salute, potrebbe godere di maggiori possibilità di successo in ambito scolastico, che favorirebbe in seguito il suo ingresso nel mondo del lavoro e infine l'ottenimento di un adeguato sistema pensionistico¹³⁰. Questi esempi mostrano come i processi sociali interagiscono con quelli biologici secondo svariati percorsi e caratterizzano una serie di condizioni che influenzano la vulnerabilità di un individuo o di una popolazione. Nella fase adolescenziale, poi, possono svilupparsi comportamenti pericolosi per la salute e per la futura "carriera" sociale, come le dipendenze da sostanze e gli stili di vita pericolosi, le esposizioni a minacce infettive o tossiche che saranno tanto più difficili da modificare quanto più l'individuo è povero e poco istruito. È nelle condizioni di questo periodo della vita (infanzia e adolescenza) che si possono sviluppare situazioni ambientali e di stress cronico che costituiscono i principali mediatori delle disuguaglianze in salute che si manifesteranno nell'età adulta¹³¹.

I trasporti

E' stato ampiamente dimostrato che un regolare esercizio fisico riduce il rischio di malattie cardiovascolari, diabete e sovrappeso. Tuttavia il sempre maggiore utilizzo delle auto e la vita più sedentaria hanno portato a una crescita epidemica del problema dell'obesità. Ridurre l'utilizzo delle auto promuovendo l'uso dei mezzi pubblici, della bicicletta e del muoversi a piedi sono strategie fondamentali per contrastare il pericolo di una vita sedentaria. Si tratta inoltre di forme di aggregazione sociale che stimolano la comunicazione fra le persone.

Il lavoro

L'importanza di avere un lavoro per la salute psico-fisica dell'individuo è stata ampiamente dimostrata. Tuttavia, l'ambiente psico-sociale e le relazioni che si stabiliscono sui luoghi di lavoro possono condizionare fortemente la salute. Lo stress, la percezione di una discrepanza tra aspirazioni e realizzazioni, in un contesto fortemente competitivo e segnato dal valore del successo e dell'affermazione individuale possono diventare importanti fattori di rischio per la salute. La teoria dell'inconsistenza di stato sostiene ad esempio che l'esperienza di uno status inconsistente (ad esempio soggetti che collocati in una determinata classe occupazionale dispongano di una

¹²⁹ Barker D. et al., *Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life*, Lancet, 1993, 341: 938-941.

¹³⁰ Kuh D. et al., *Power, Life course epidemiology*, J Epidem Community Health, 2003, 57 (10): 778-783.

¹³¹ Costa G., *I determinanti sociali*, in Costa G., Spadea T., Cardano M., *Diseguaglianze di Salute in Italia*, Epidemiologia & Prevenzione, 2004, 28: 17.

istruzione superiore) potrebbe portare a una condizione di stress cronico che si può tradurre in un malessere psichico diffuso o in specifiche patologie. Queste situazioni di stress sono fortemente legate ad un aumento delle patologie osteo-muscolari a carico della colonna vertebrale, delle assenze per malattia, e dei rischi cardiovascolari. In ultimo non bisogna dimenticare il problema delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro ¹³².

La disoccupazione

La disoccupazione si associa a un maggior rischio di morte prematura e presenta non solo un forte connotato materiale (mancanza o grave insufficienza di reddito), ma anche un importante connotato psico-sociale. La disoccupazione infatti altera la strutturazione della vita quotidiana, lede l'autostima, diminuisce la libertà decisionale e modifica il comportamento inducendo abitudini dannose (fumo, alcool, rischio di suicidio). Anche un lavoro precario può avere gli stessi effetti della disoccupazione e aumentare il rischio di patologie mentali (ansia depressione) e cardiovascolari.

Il gradiente sociale

Le condizioni socio-economiche condizionano la salute delle persone per tutta la durata della vita. Coloro che si trovano ai livelli più bassi della scala sociale hanno un rischio due volte superiore di ammalarsi gravemente o di morire prematuramente, rispetto a coloro che si trovano ai livelli più alti. Tuttavia questa situazione non è confinata solo alle fasce più povere: infatti ad ogni livello di posizione sociale considerata, chi sta in posizione più avvantaggiata presenta un profilo di salute migliore rispetto a chi sta in posizione più svantaggiata. Sia cause materiali che psicologiche contribuiscono a queste differenze: avere uno scarso supporto familiare, non avere un lavoro o essere costretti a lavori rischiosi, vivere in condizioni abitative insalubri, non avere un' adeguata retribuzione pensionistica, sono tutte situazioni di svantaggio che tendono a concentrarsi nelle stesse persone e i loro effetti ad accumularsi durante le fasi della vita. In particolare, chi è stato svantaggiato in momenti critici come infanzia o adolescenza, avrà un rischio fortemente maggiore di esserlo anche successivamente. Il gradiente sociale in salute riflette dunque lo svantaggio materiale e gli effetti dell'insicurezza, e della mancanza di integrazione sociale, che possono verificarsi in qualsiasi momento.

Lo stress

Circostanze come povertà, ristrettezza economica, disoccupazione, mancanza di controllo sul proprio lavoro e sulla vita familiare, sono eventi fortemente stressanti. La continua ansia, insicurezza, bassa stima di se stessi e mancanza di supporto sociale, hanno un fortissimo impatto sulla salute e possono condurre a morte prematura. Tutte queste situazioni di rischio sono molto più comuni nelle fasce più basse della scala sociale. Numerose ipotesi scientifiche spiegano come tali fattori psico-sociali abbiano un effetto sulla salute fisica. Situazioni di emergenza e stress stimolano una risposta di tipo “*fight or flight*” con aumento della produzione di cortisolo e ipertono simpatico (aumento pressione e frequenza cardiaca, aumento di afflusso di sangue ai muscoli). Lo stesso tipo di reazione è generata da una bassa posizione sociale. Quando queste risposte ricorrono troppo frequentemente il prezzo viene pagato in salute. L'associazione fra situazioni stressanti e aumento

¹³² Marinacci C., Cois E., *Il lavoro*, in Costa G., Spadea T., Cardano M., *Diseguaglianze di Salute in Italia*. Epidemiologia & Prevenzione, 2004; 28 (3): 40-50.

del rischio di infarto miocardio, fra aumento di cortisolo e depressione, infezioni, tumori è stata ampiamente dimostrata^{133 134}.

L'assistenza sanitaria

La possibilità di accedere a servizi di assistenza sanitaria è un importante determinante di salute. Tuttavia è ormai evidente come l'assistenza sanitaria non possa essere considerato l'unico determinante di salute. Questo infatti significherebbe concentrare l'attenzione sul concetto ristretto di salute come assenza di malattia e considerare il sistema sanitario come strumento per tradurre questa concezione in un miglioramento dello stato di salute. Studi di correlazione fra la spesa sanitaria e speranza di vita dimostrano che a un aumento progressivo di fondi destinati all'assistenza sanitaria non sempre corrisponde un aumento del livello di salute di popolazione. Un classico esempio di questo fenomeno è il caso degli Stati Uniti che pur spendendo quasi il 50% in più degli altri Paesi dell'OCSE¹³⁵ (circa 5.000\$ pro-capite) in assistenza sanitaria, non si collocano tra i Paesi che hanno il miglior profilo di speranza di vita e mortalità infantile¹³⁶. Un'espansione del sistema sanitario quindi non si traduce necessariamente in un miglioramento della salute e spesso drena risorse da altre importanti politiche sociali (sistema educativo, trasporti, inquinamento ambientale, sistema pensionistico)¹³⁷. Tuttavia, in un'epoca di disuguaglianze in salute crescenti, i servizi sanitari potrebbero e dovrebbero attrezzarsi per offrire risorse adeguate agli individui maggiormente danneggiati dalle condizioni sociali ed economiche; in altre parole "per essere equo un sistema sanitario dovrebbe essere fortemente diseguale, favorendo i gruppi di popolazione più deboli"¹³⁸. Purtroppo, invece, vige ancora quasi ovunque la "Legge dell'assistenza inversa" ("The inverse care law") coniata nel 1971 dal J.T. Hart: "la disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita"¹³⁹. I sistemi sanitari possono quindi alimentare le disuguaglianze all'interno di una società o, all'opposto, rappresentare la piattaforma per combattere apertamente la povertà e promuovere l'equità. In ogni società l'assistenza sanitaria possiede una considerevole valenza etica poiché le modalità con cui le istituzioni sanitarie trattano la parte più vulnerabile della popolazione rappresentano un indice di come la società vede se stessa. Tollerare un servizio sanitario che emargina alcune categorie di persone significa legittimare l'esclusione sociale e accettare l'inevitabilità delle disuguaglianze. In modo analogo, anche l'interazione tra un sistema sanitario iniquo e le disuguaglianze socio-economiche è reciproca: i servizi sanitari costosi e diseguali impoveriscono coloro che dispongono di basso reddito rafforzando le disuguaglianze sociali. Le disuguaglianze, più in generale, si riflettono a loro volta nell'organizzazione sanitaria intensificandone la polarizzazione e la stratificazione.

Le condizioni socio economiche, politiche e di contesto

Infine, lo strato più esterno del diagramma dei determinanti, si riferisce alle condizioni generali, politiche, sociali, culturali, economiche, ambientali, in cui gli individui e le comunità vivono.

¹³³ Rosengren A. et al., *Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11.119 cases and 13.648 control from 52 countries (the interheart study): case control study*, Lancet, 2004, 364: 953-62.

¹³⁴ Brunner E., *Socioeconomic determinants of health: stress and the biology of inequality*. British Medical Journal, 1997, 314:1472.

¹³⁵ OCSE: Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

¹³⁶ The World Bank, *World development report 1993. Investing in Health*, Oxford, University Press, Oxford, 1993.

¹³⁷ Evans R.G., Stoddart G. L., *Producing health, consuming health*, Social Science & Medicine, 1990, 31: 1347- 63.

¹³⁸ Perucci C., Prefazione al volume "Diseguaglianze di salute in Italia", in Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di), *Diseguaglianze di Salute in Italia*, Epidemiologia & Prevenzione, 2004, 28 (3): 1-161.

¹³⁹ Hart J.T., *The Inverse Care Law*, Lancet, 1971, 1(7696): 404-412.

Questo livello è lo spazio di lavoro più utile per congiungere la malattia alle sue dimensioni di individuo, reti sociali prossime, struttura socio-politica locale e nazionale, organizzazione socio-politica sovra nazionale, inclusi i processi legati alla globalizzazione, e articolare l'ambito strettamente medico con gli altri settori della società che si occupano di salute, ma è anche lo spazio reso meno operativo dal campo della salute. È questo il campo più interessante per le collaborazioni interdisciplinari perché si configura come un contesto "ibrido" che le scienze sanitarie non dominano a sufficienza per renderlo un campo esclusivo del loro sapere. Allo stesso tempo, lo strato delle condizioni socio-economiche, articolandosi con i livelli inferiori dello stesso schema, può rappresentare uno strumento di comunicazione tra mondi, saperi e sistemi simbolici differenti.

Considerando le condizioni socio-economiche generali, merita un riflessione il complesso rapporto tra povertà e salute. Come sottolineato nei capitoli precedenti, una parte consistente delle disuguaglianze in salute è spiegabile attraverso diseguali condizioni nella distribuzione delle risorse materiali, sociali, culturali e relazionali. Per quanto riguarda le risorse economiche, la povertà è direttamente correlata a peggiori esiti in salute con una correlazione diretta sia per quanto riguarda la povertà tra paesi che dentro alle nazioni.

Con il termine povertà vengono indicati due differenti condizioni:

- Povertà assoluta: livello di reddito al di sotto del quale non è possibile condurre una vita accettabile, e non si è capaci di soddisfare i bisogni umani fondamentali, come cibo, abitazione ed evitare le malattie. Non è difficile intuire come un quadro di drammatica deprivazione materiale (mancanza di acqua potabile, malnutrizione, carenza di servizi igienici, ambienti abitativi insalubri, ecc.) che si somma alla mancanza di cure mediche di qualità possa spiegare la tragica aspettativa di vita delle persone che nascono in paesi dalla povertà estrema come, ad esempio quelli dell'Africa sub-sahariana. Attualmente anche circa l'11% delle famiglie americane vive sotto la soglia ufficiale di povertà. Tuttavia il gradiente socioeconomico nella salute coinvolge anche gli individui che si trovano al di sopra di questa soglia.
- Povertà relativa: una condizione di povertà relativamente alla comunità in cui si vive, riferita cioè al livello di vita dell'ambiente circostante. La deprivazione relativa si esprime nell'esperienza soggettiva del disagio di chi non può permettersi gli standard di vita della sua comunità di riferimento, pur non versando in condizioni di povertà assoluta (assenza di cibo, di una casa, d'assistenza medica).

In termini di disuguaglianze, la distribuzione della povertà può essere misurata attraverso il gradiente socioeconomico :

- tra Paesi, in cui l'unità di osservazione è un intero Paese con il suo prodotto interno lordo (PIL) per abitante, indipendentemente dalla grandezza della sua popolazione;
- internazionale, in cui l'unità di osservazione è sempre il Paese con il suo PIL per abitante, ma ogni Paese pesa in base alla sua popolazione;
- globale, in cui l'unità di osservazione è il singolo cittadino di ogni Paese, con il suo reddito (o il suo consumo).

Disuguaglianze e Determinanti in una ottica trans-disciplinare

In conclusione quindi, l'analisi dei determinanti, se pur con i suoi limiti che verranno tra poco descritti, illustra come il destino di salute di una persona o di una popolazione dipende da una

molteplicità di situazioni e di livelli di responsabilità: una responsabilità individuale circa i comportamenti e gli stili di vita, anche se come abbiamo visto questi sono socialmente e culturalmente plasmati; la responsabilità familiare o di gruppo circa le relazioni sociali e affettive; la responsabilità di una comunità o di un governo locale o nazionale circa le politiche sociali, del lavoro e dell'assetto del territorio da cui dipendono la disponibilità e l'accessibilità di servizi e delle infrastrutture; la responsabilità dei soggetti sovranazionali che sono in grado di definire politiche macroeconomiche di portata globale e di regolare in questo modo i rapporti tra gli Stati e tra gli Stati e le imprese economiche e multinazionali internazionali gestendo in questo modo i rapporti di potere, la distribuzione della ricchezza e influenzando la crescita e lo sviluppo.

Tuttavia, come anticipato, numerose sono le critiche che sono state avanzate a questo modello, sia internamente sia da altre discipline. La teoria dei determinanti di salute è infatti una rappresentazione piuttosto rigida dei processi di salute e malattia e opera ancora attraverso modelli esplicativi di causa effetto estremamente riduzionisti.

E' sicuramente importante riconoscere che i fattori responsabili della salute del singolo e della popolazione sono riconducibili a categorie genetiche e biologiche, a comportamenti individuali, a condizioni sociali, al contesto ambientale e ai servizi sanitari¹⁴⁰; questa visione permette infatti il superamento del paradigma biomedico (strettamente ancorato alla *disease*), consentendo l'ingresso in campo della percezione e dei significati individuali di malattia (*illness*), della costruzione sociale della malattia (*sickness*) oltre che il riconoscimento del ruolo della scienza medica, delle teorie epidemiologiche, dei servizi e degli operatori sanitari come fattori protettivi o di rischio per la salute. Il limite del modello è tuttavia quello di considerare i vari fattori in scala gerarchica, proponendo un approccio che vede gli strati più esterni influenzare quelli più interni e non il contrario. Questo modello quindi incorre in almeno tre errori concettuali:

- stabilendo una gerarchia non prevede un'influenza reciproca dei determinanti interni ed esterni;
- utilizzando il concetto di determinanti prossimali e distali disconosce gli effetti diretti dei fattori più esterni, quelli socio-economici, sulla salute delle persone;
- infine non include i processi, le interazioni, le politiche, gli attori che espongono a rischio i soggetti o al contrario li proteggono.

In aggiunta, come vedremo in seguito, il concetto di “distale” si presta al fraintendimento per cui, benché le politiche sanitarie siano stabilite in luoghi o contesti geograficamente distanti rispetto alle comunità¹⁴¹, gli effetti di questi processi sulle persone sono diretti e “contigui” (ad esempio, la modifica del valore massimo ammissibile di pressione sanguigna a livello internazionale e la conseguente diagnosi di ipertensione in soggetti precedentemente considerati sani; la dichiarazione di pandemia da parte dell'OMS e l'offerta attiva di vaccini alla popolazione). L'uso della locuzione “distale” ingenera invece l'idea che i determinanti siano distanti dai soggetti, dagli operatori sanitari e dai decisori politici locali e che questi si trovino nell'impossibilità di intervenire per modificarli.

Per quanto riguarda invece le gerarchie tra determinanti, queste sono facilmente riscontrabili già

¹⁴⁰ Tarlov A.R., *Social determinants of health. The sociobiological translation*. in Blane D., Brunner E., Wilkinson R., *Health and social organization*, Routledge, London, 1996 .

¹⁴¹ Huynen MMTE., Martens P., Hilderink HBM., *The health impacts of globalisation: a conceptual framework. Globalization and Health*, 2005, 1(14).

nella rappresentazione grafica. Come si vede nella figura 1, il centro del diagramma è occupato dall'individuo, con le sue caratteristiche biologiche (il genere, l'età, il patrimonio genetico), seguito dai comportamenti individuali, dalle reti sociali, dai fattori di rischio classici della salute pubblica, e infine i fattori economici, sociali, culturali e ambientali.¹⁴² Questa organizzazione è corretta dal punto di vista biologico; infatti, le stime variabili sul peso dei geni come determinanti di malattia, indicano che il patrimonio genetico sarebbe in grado di spiegare l'1-5% del carico di patologie umane¹⁴³ ed effettivamente, la componente genetica svolge un ruolo importante in alcune malattie. Tuttavia bisogna considerare che l'espressione dei geni è fortemente influenzata dall'ambiente esterno; nel caso di patologie come il diabete di tipo 1 infatti abitudini alimentari e stili di vita sono in grado di influenzare l'insorgenza della malattia e il suo decorso¹⁴⁴. Patologie come il gomito della lavandaia a loro volta sono correlate alla costruzione sociale del genere femminile e non al corredo cromosomico, e stati nutrizionali carentiali nell'anziano sono correlati alla condizione di abbandono sociale determinata dalla costruzione sociale della vecchiaia e non semplicemente all'età anagrafica.

Da questa impostazione discendono alcune riflessioni:

- il corpo biologico non può essere rappresentato come un'entità a se stante, terreno trasversale e unificante su cui i sanitari possono operare in maniera universalistica. Fattori quali genere, età o costituzione fisica possono essere infatti indagati nelle loro dimensioni culturali e sociali rivelando come anche nel caso di malattie correlate all'età (ipertensione, malattie cronico-degenerative) o al sesso geneticamente definito (tumore della cervice uterina o della prostata), il valore culturale e sociale di età e genere non smette di rappresentare (in diversi contesti e in diverse epoche) di volta in volta un fattore protettivo o di rischio per la salute (violenza di genere, leggi specifiche per la protezione dell'infanzia, emarginazione degli anziani, programmi specifici di prevenzione, servizi socio-sanitari dedicati, ecc.);
- Il corpo quindi acquista lo status di strumento di relazione individuale e sociale, e di conseguenza si ammala o rimane in salute non semplicemente per la casuale o volontaria esposizione a fattori di rischio, ma per le interazioni complesse che si instaurano tra corpo, individuo e società. Di conseguenza l'attività fisica, l'alimentazione, la dipendenza da sostanze o i rapporti sessuali a rischio, non rappresentano esclusivamente elementi che possono prolungare o ridurre la durata della vita per via delle loro interazioni fisiche con il corpo biologico, ma al contrario rivestono valori e significati personali e sociali specifici e sono essi stessi produttori di significati. Il contesto socio-culturale in cui le persone vivono, quindi, può influenzare la percezione e i comportamenti degli individui, il loro sistema di credenze, emozioni, linguaggi, immagine corporea, alimentazione, attività fisica, concetti di spazio e di tempo, caratteristiche della malattia, rituali, religione e quindi modificare il corpo biologico influenzando le scelte di vita degli individui stessi, dei loro genitori o del loro gruppo familiare, lo spazio fisico, politico e culturale in cui vivono, e di conseguenza influenzando l'espressione dei geni. Ad esempio, una caratteristica fisica "deviante dalla norma" in un determinato contesto sociale può essere rappresentata come handicap e dare vita a processi di stigmatizzazione che possono risultare in emarginazione sociale, scarso accudimento genitoriale, ritardo nello sviluppo fisico o intellettuale, espressione di determinati geni e insorgenza di patologie multifattoriali, bassa autostima dell'individuo e

¹⁴² Whitehead M., *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990.

¹⁴³ Wilkinson R., Marmot M., *The solid facts*, second edition. Copenhagen, World Health Organization, 2003.

¹⁴⁴ Zimmet P., Alberti K., Shaw J., *Global and societal implications of the diabetes epidemic*. Nature, 2001, 414,13.

trascuratezza di sé o al contrario possono innescare meccanismi di protezione e supporto sociale, cure parentali adeguate, soppressione dell'espressione di geni patologici, aumento delle istanze di affermazione sociale dell'individuo e dell'autostima.

- Il corpo non è solo un prodotto culturale e sociale ma è a sua volta produttore di cultura e istanze sociali. Un corpo sano o malato può determinare i comportamenti di un individuo e del suo nucleo familiare, ma anche modificare le relazioni e le traiettorie di vita dei componenti della famiglia, l'organizzazione familiare o di un determinato gruppo sociale. Un'associazione di malati e dei loro familiari a sua volta può ad esempio innescare trasformazioni in istituzioni sociali come come la scuola o l'ospedale, influenzando l'organizzazione politica e il quadro normativo, e l'allocazione delle risorse in un determinato contesto.
- Il corpo, la salute, la malattia, la prevenzione o la cura, hanno una dimensione di azione culturale, sociale e politica e producono significati culturali e sociali. In questa prospettiva la comparazione tra l'azione dell'essere malato e l'azione del curare andrebbe attentamente valutata. Ad esempio, una campagna di prevenzione può tentare di modificare, attraverso l'informazione, la rappresentazione che gli individui hanno di sé, in modo da modificarne i comportamenti. La campagna però veicola il messaggio di comportamento “corretto” versus comportamento “errato” e il concetto di individuo che sbaglia in quanto responsabile della propria malattia. Nel caso in cui i soggetti non possiedano le risorse - affettive, di conoscenze, relazionali, sociali, economiche o di potere- per sottrarsi alle interazioni negative con alcuni fattori di rischio, o semplicemente pensino che queste interazioni siano irrilevanti in termini di benessere e miglioramento della salute percepita, il comportamento a rischio manifesta non solo l'incongruenza tra soluzioni proposte e loro praticabilità, ma i limiti strutturali delle istituzioni dell'organizzazione sociale e la capacità deresponsabilizzante delle istituzioni di cura. Si confrontano quindi due istanze, un'azione di denuncia operata dalla malattia che indica l'esistenza di un'iniqua distribuzione di risorse, e un'azione di occultamento sociale operata dalla campagna di prevenzione, che agisce responsabilizzando il soggetto e subalternizzando il suo sistema di credenze. Questi processi conosciuti come *victim blaming*^{145 146}, sono facilmente riscontrabili in numerose campagne rivolte al controllo di comportamenti a rischio. L'abuso di sostanze, di alcool e il tabagismo, sono esempi lampanti di questi meccanismi: la loro diffusione nella popolazione infatti non è uniforme, ma proporzionale alla condizioni di sofferenza, miseria e povertà dei soggetti^{147 148 149}. L'esperienza dell'Europa dell'Est dopo la caduta dell'Unione Sovietica esemplifica questi processi; infatti nel decennio successivo alla caduta del muro di Berlino, in seguito ai rapidi cambiamenti che hanno prodotto una diffusa disgregazione sociale, aumento della povertà e disuguaglianze nella distribuzione del reddito, la mortalità correlata all'abuso di alcool è aumentata notevolmente, insieme a violenze, omicidi, suicidi e incidenti con un andamento che non ha coinvolto in maniera uniforme tutti gli strati della società, ma ha

¹⁴⁵ Pomeranz J.L., *A Historical Analysis of Public Health, the Law, and Stigmatized Social Groups: The Need for Both Obesity and Weight Bias Legislation*, *Obesity*, 2008, 16(2).

¹⁴⁶ Crawford R., *Are you dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. Embodying Inequality Epidemiologic Perspectives*, in Krieger N. (a cura di), Baywood Publishing Company, New York, 2005.

¹⁴⁷ Naomar A., *Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil*. *Rev. Saúde Pública* 2004, 38:45-54.

¹⁴⁸ Gilman E., Abrams A., Buka S.L., *Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use: initiation, regular use, and cessation*, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003, 57:802-808.

¹⁴⁹ Galea S., Vlahov D., *Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration*. *Public Health Rep.*, 2002; 117(1): S135-S145.

colpito prevalentemente le classi sociali più svantaggiate¹⁵⁰. Se torniamo al contesto italiano, anche nel nostro Paese esiste un maggior rischio di essere fumatori legato al sesso maschile, all'istruzione e all'occupazione, mentre la tendenza a smettere di fumare è correlata per entrambi i sessi al livello di istruzione (vi è infatti una maggior propensione in chi ha un più alto titolo di studio)^{151 152}. Anche il cancro al polmone correlato al fumo è associato a particolari condizioni di disagio, disoccupazione, precarietà nel lavoro e povertà.

Per quanto riguarda la promozione della salute quindi corpo, percezione dell'individuo e reti sociali in cui è inserito andrebbero analizzati in maniera congiunta, valutandone le interazioni reciproche¹⁵³, e allo stesso tempo dovrebbero essere prese in considerazione sia strategie che mirano a modificare i comportamenti degli individui (behavior change), sia quelle che mirano alla rimozione delle cause sociali che espongono gli individui ai fattori di rischio (structural change)¹⁵⁴

¹⁵⁵.

In conclusione, al di là dei modelli esplicativi e dei limiti che ogni concettualizzazione può generare, il grande merito che il quadro teorico dei determinanti ha avuto è stato quello di rendere intelligibile ad una grande quantità di professionisti sanitari informazioni e riflessioni che, pur essendo virtualmente disponibili, non avevano suscitato nessun dibattito e nessuna ricaduta sui servizi sanitari. È utile ribadire che nel campo dei determinanti e delle disuguaglianze è in atto una vera e propria “battaglia” tra sistemi e prospettive della promozione della salute e dell'organizzazione sociale. Sebbene queste non siano di interesse di questa trattazione, una panoramica sulle principali teorie e modelli può essere d'aiuto per il lettore nel comprendere come è perché i servizi sanitari siano organizzati in forme specifiche nel territorio oggetto della ricerca.

¹⁵⁰ Ryan M., *Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation*. British Medical Journal, 1995, 310:646–648.

¹⁵¹ Vannoni F., Demaria M., Quarta D., Gargiulo L., Costa G., *Differenze occupazionali nello stato di salute e negli stili di vita nell'indagine ISTAT sulla salute 1999-2001*, Med Lav, 2005, 96 (suppl): s66-s84.

¹⁵² Buiatti E., *L'abitudine al fumo in Italia*, Rivista cultura e società, Franco Angeli, 2007.

¹⁵³ Woodward A., Kawachi I., *Why reduce health inequalities?*, J Epidemiol Community Health, 2000, 54: 923-9.

¹⁵⁴ Blankenship K.M. et al., *Structural interventions in public health*. AIDS, London, England, 2000, 14(1): 11-21.

¹⁵⁵ Israel B.A. et al., *Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control*. Health Education & Behavior, 1994, 21: 149-170.

Migrazione e Salute

Tra le fasce deboli della popolazione che si trovano ad avere difficoltà d'accesso ai servizi sanitari, gli immigrati sono coloro che quantitativamente e qualitativamente risultano avere una più inadeguata risposta sanitaria ai propri bisogni.

Le persone che intraprendono un progetto migratorio sono molto spesso giovani e godono generalmente di buona salute su cui poter contare per sostenere la fatica fisica e psicologica di migrare verso un altro paese. Il motivo più frequente all'origine del processo di migrazione è rappresentato dalla ricerca di lavoro. In Italia come in altri luoghi, è presente una migrazione innanzitutto economica. Nel riflettere su tale migrazione pare essenziale la lezione di Amartya Sen per cui la sfera economica non può essere compresa se non indagata insieme all'analisi delle "possibilità effettive" degli individui. Sembra essere oramai autoevidente che i numeri della produzione, del commercio e del mercato non riescono a dire granché sulla libertà e sul benessere, che dipendono dall'organizzazione della vita sociale e politica. Economie e strutture sociali funzionano dietro specifiche responsabilità decisionali e interventi umani. Questo basta per comprendere come qualsivoglia flusso migratorio di natura economica non possa essere indagato se non contemplando l'accesso a diritti non solo economici ma sociali, politici, civili, nell'orizzonte di una giustizia sociale profondamente vincolata alle discriminazioni e agli squilibri tra paesi più e meno vantaggiati, fragorosi nel quadro della globalizzazione¹⁵⁶.

Il processo di inserimento nel paese di accoglienza pare essere -così come è stato di frequente testimoniato da molti interlocutori coinvolti in questa ricerca- estremamente difficile. Le ragioni sono molteplici: la perdita della famiglia e degli amici, la distruzione delle reti di supporto sociale, i problemi di adattamento nel nuovo ambiente hanno un notevole impatto su più di una dimensione della salute fisica e mentale e quindi minacciano di intaccare il potenziale di salute di questi gruppi di popolazione. Quando la scelta migratoria si risolve in una sconfitta, in una mancata integrazione nella società "accogliente", l'impatto sulla salute e sul benessere risulta essere molto forte.

La condizione di esclusione sociale in cui si trovano molti immigrati ha dunque un profondo impatto sulle condizioni di salute e di più ampio benessere, come sui rischi di mortalità prematura. Tale condizione deriva dalla mancanza di beni materiali fondamentali, come scarse o assenti possibilità economiche, instabilità professionale, abitazioni insalubri, insieme a problematiche di ordine psico-sociale, come la mancanza di reti familiari e sociali, l'incertezza per il futuro, la scarsissima capacità di negoziare scelte volte al miglioramento della propria esistenza¹⁵⁷.

Tra le esperienze di malattia più frequenti nella popolazione immigrata sono presenti le patologie respiratorie, dell'apparato digerente, gli infortuni sul lavoro, la depressione e le malattie mentali, e si riscontra anche una più alta propensione al suicidio¹⁵⁸.

156

Sen A., *L'idea di giustizia*, Mondadori, Milano, 2010.

Zanelli E., *Diritto, economia e giustizia. Da Pindaro a Amartya Sen*, Economia e diritto del terziario, 2010, 1.

¹⁵⁷ Si veda il concetto di "capacitazione" proposto da Amartya Sen, intesa come libertà sostanziale di realizzare combinazioni alternative tra quanto si desidera essere, fare, immaginare. Sen A., *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Mondadori, Milano, 2001, p.79.

¹⁵⁸ Vannoni F., Cois E., *L'emarginazione sociale*. In Costa G., Spadea T., Cardano M., *Disuguaglianze di salute in Italia*, *Epidemiologia&Prevenzione*, 2004, 28 (3), supplemento 32-39.

La migrazione come determinante sociale di salute

La migrazione, così come di frequente si configura nell'attuale scenario storico-economico, di per se' rappresenta uno dei determinanti di salute fondamentali dell'epoca contemporanea e coinvolge un numero molto elevato di fattori legati alla complessità del fenomeno migratorio stesso, complessità dovuta, come facilmente intuibile, anche alla difficoltà nel raggiungere una sua definizione esaustiva.

Secondo l'Organizzazione Mondiale delle Migrazioni, la migrazione è “il movimento di persone o gruppi di persone, indipendentemente attraverso le frontiere internazionali o all'interno dei paesi”¹⁵⁹. Gli individui, infatti, possono migrare da aree rurali alla città, tra paesi confinanti, o tra paesi molto distanti tra loro, per una serie di ragioni tra le più varie. Se da un lato, per esempio, è molto difficile differenziare le migrazioni volontarie da quelle forzate, è facile comprendere che le tipologie di migrazione possono differire sostanzialmente dalle condizioni di vita degli individui nei paesi di origine, dalle condizioni e dalle modalità del processo migratorio e, infine, dalle condizioni di vita e dallo status giuridico nel paese di arrivo. Considerando questi fattori, i migranti possono già sommariamente essere suddivisi in: sfollati, richiedenti asilo, rifugiati, vittime di traffico, immigrati economici etc.¹⁶⁰, e si caratterizzano con profili di rischio per la salute differenti sia in termini qualitativi che quantitativi. Individui che sfuggono a persecuzioni politiche, a guerre o eventi disastrosi sono per esempio soggetti a fattori di rischio nell'arco della migrazione, dalla partenza all'arrivo, molto più dipendenti dalle contingenze rispetto a coloro che hanno la possibilità di pianificare il proprio percorso migratorio. Nel primo caso paiono maggiormente rilevanti variabili quali le condizioni di sicurezza personale, l'ambiente o l'organizzazione di aiuti esterni; nel secondo fattori quali scolarità, classe sociale, reddito o conoscenza della lingue etc.

Ne consegue che uno sguardo attento alle condizioni di salute della popolazione migrante debba di volta in volta contemplare determinanti di salute che variano anche notevolmente da migrante a migrante e che, dal canto loro, dovrebbero essere ricostruiti soggettivamente a partire dalla ricomposizione delle storie di vita degli individui stessi, dando centralità alle modalità di esistenza nel paese di origine, alle ragioni che hanno spinto alla migrazione, ai modi in cui la migrazione si è realizzata, alle condizioni di ingresso e di integrazione nel paese di arrivo.

La raccolta delle informazioni riguardanti il momento della migrazione è particolarmente importante: la letteratura internazionale delinea una serie di condizioni comunemente vincolate al viaggio. Coloro che entrano irregolarmente in un paese sono, per esempio, maggiormente esposti -a causa della vulnerabilità e della necessità di sopravvivenza- alla possibilità di venire in contatto con organizzazioni criminali dedite ad attività illegali, a traffici di varia natura, al contrabbando di risorse ed esseri umani, o con apparati statali di Paesi che non rispettano i diritti umani. In tutti i casi contemplati, gli individui i migranti possono rimanere coinvolti in ricatti, conflitti locali, imprigionamenti, torture, perdite di compagni di viaggio o parenti, soggiorni forzati in campi per rifugiati o strutture di detenzione per migranti anche per lunghi periodi, furti o sottrazioni di beni, documenti personali, documentazione sanitaria etc. Le vicissitudini sperimentate possono essere

¹⁵⁹ <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/key-migration-terms/lang/en#Migration>. Consultato nel febbraio 2012.

¹⁶⁰ Kristiansen M., Mygind A., Krasnik A., *Health effects of migration*. Dan Med Bull 2007;54:46-7.

aggravate dalle condizioni di accoglienza e di vita nel paese di arrivo.

Il perdurare dello status giuridico di *irregolarità* può ritardare o impedire l'accesso alla cure se non addirittura reiterare le condizioni di danno attraverso persecuzioni, mancato riconoscimento della protezione internazionale, detenzione, marginalizzazione e stigma, ostacoli nell'integrazione nella comunità.

È importante sottolineare come tutti questi fattori abbiano un'influenza diretta sulla salute mentale dei migranti, ma allo stesso modo siano in grado di influenzare una serie molto ampia di fattori di rischio per la salute, dalla libertà personale dell'individuo, alla sua alimentazione, alla dipendenza da sostanze o farmaci, fino al reddito e alla posizione sociale e che quindi debbano essere considerati a tutti gli effetti come elementi anamnestici indispensabili nell'iter diagnostico.

Elemento grave e interessante è che a questi si intrecciano altri fattori che vengono, pur rappresentando condizioni ampiamente descritte in letteratura come fortemente correlate alla malattia, e cioè *povertà ed esclusione sociale*. Questi due fattori possono, a cascata, influenzare una serie molto ampia di altre situazioni tutte correlate a una cattiva salute, come scadenti condizioni abitative e nutrizionali, contesti di lavoro insicuri, scarsa mobilità, carente protezione dell'infanzia, reti sociali limitate o addirittura marginalizzazione, esclusione sociale e esiti della xenofobia.

È in tal senso importante enfatizzare che l'accessibilità dei sistemi socio-sanitari può svolgere un'importante funzione di riequilibrio, laddove per accessibilità si intenda in senso ampio la disponibilità di servizi sul territorio, la loro accessibilità fisica, economica e giuridica, e infine la loro qualità.

Una volta arrivati nel paese ospitante, i migranti vivono spesso in un contesto in cui le nuove condizioni sociali e politiche, insieme a una lingua sconosciuta, costituiscono delle forti sfide alle loro capacità di *coping* e *resilienza*. Sicuramente le loro risorse sociali possono aiutare a mediare la risposta di fronte allo stress e le conseguenze sulla salute. I legami sociali, in particolare, possono essere di rilevanza per il benessere mentale. La mancanza di supporto sociale, le lunghe distanze geografiche dai membri della rete, le grandi e pesanti aspettative della famiglia nel paese di origine, possono contribuire notevolmente a problemi di salute mentale e a comportamenti dannosi per la salute. In effetti, problemi di disagio mentale e una condotta pericolosa sono a volte visti come modalità di adattamento al nuovo contesto sociale.

Probabilmente il più importante dei fattori che può influenzare la salute dei migranti è l'adozione -da parte del paese di arrivo- di una prospettiva di promozione della salute che si basi realmente sul quadro concettuale dei diritti umani fondamentali. I migranti, quali esseri umani, sono titolari del diritto alla salute come sancito dall'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite (1948) e successivamente dal Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali, e Culturali (1976). Nonostante ciò, è estremamente frequente che si adottino politiche sanitarie restrittive, lasciate in balia del mercato, o basate sulla cittadinanza e non sulla titolarità dei diritti umani fondamentali, cosa che rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio per la salute proprio per coloro che sono più fragili e che hanno minore capacità di soddisfare autonomamente i propri bisogni sanitari.

Un tema complesso che non può non essere menzionato, ma che certamente non troverà spazio adeguato in questa sede, è rappresentato dal dibattito che sta emergendo fuori e dentro ai servizi sanitari nel nostro contesto, che oscilla da una parte sulla necessità di garanzia -da parte delle istituzioni- di una offerta standardizzata di servizi; dall'altra la necessità di offrire un servizio il più

possibile personalizzato, mediante la dotazione -da parte dei medesimi servizi- di quella che viene definita come *competenza culturale*, e che contempla strumenti volti al superamento di barriere linguistico-culturali, come la presenza della mediazione linguistica.

Questo dibattito apre alla necessità di comprendere i possibili limiti di entrambi i posizionamenti, e di riflettere, sperimentare, al fine di trovare delle forme di equilibrio.

Da un lato, gran parte delle strutture sanitarie nel nostro contesto paiono pensate per poter offrire risposte “standardizzate” a una idea generica di “paziente” e sembrano di frequente “incepparsi” di fronte alla relazione problematica con l'*alterità* e la complessità -di vita e non caratteristica solo del migrante- di cui il paziente straniero è spesso portatore nel servizio, alla luce delle peculiarità di vita che rendono non fruibili i percorsi standard.

Invece di riconoscere e affrontare tale complessità, la risposta biomedica fornita dal sistema sanitario si concentra su sintomi e segni specifici di una specifica patologia, ruotando -nell'ottica di una organizzazione aziendale- intorno a singole specializzazioni che raramente dialogano. Tale sguardo “iperspecialistico” non consente di valorizzare, o “sfruttare” al meglio i singoli accessi al sistema; di prendersi cura nel modo più completo possibile di persone che, come si vedrà poco più avanti, raramente riescono a esprimere e finalizzare una richiesta di assistenza.

L'insorgere di tale “complessità di gestione” nei servizi trova tra le sue possibili soluzioni l'utilizzo, in frequenti casi, della mediazione linguistico-culturale che sembra essere uno strumento utile ma non sufficiente per una serie ragioni fondamentali. In primo luogo perché -come evidenziato- la complessità di vita non è prodotta solo culturale. Spesse volte infatti i limiti sono di natura sociale, politica, economica, e non trovano soluzione all'interno di una strategia che cerca quei limiti nella mera differenza culturale. In secondo luogo, un certo utilizzo della *cultura* corre il rischio di finire per creare nuove e altrettanto statiche “categorie” -immaginate e spesso “scollate” dalla realtà- di pazienti. Categorie culturali che rischiano di perdere il senso profondo di ciò che è “cultura”, da intendersi nel profondo dinamismo e nella sua perenne mutevolezza, specie se contemplata in seno a un processo migratorio. Una visione -quella che accompagna di frequente l'utilizzo della mediazione- che si fonda sull'assunto errato per cui “ci sia cultura” solo se in presenza di uno straniero. Pare però importante enfatizzare che nell'incontro medico/paziente non è in gioco solo il corpo o la cultura del paziente, ma anche quella dell'operatore, insieme alla disciplina che esercita e all'istituzione in cui si muove.

Le scienze umane infatti ci insegnano che anche i “fatti biomedici” sino fatti sociali, culturali. Inoltre, l'“esternalizzazione” -da parte del sistema a un mediatore- della responsabilità di gestire quella complessità pare innanzitutto non permettere agli operatori di riposizionarsi nei termini di quella autoriflessività necessaria all'incontro terapeutico. Questo deve servire a problematizzare un servizio sanitario che non si limiti a “tradurre” al paziente la verità dell'operatore per renderlo compliant, bensì che contribuisca a produrre dati che servano a una reale comprensione, da parte del servizio, delle peculiari difficoltà di vita che, a loro volta, determinano specifiche interazioni con i servizi sanitari. In secondo luogo, tale “esternalizzazione” rischia di configurarsi come una strategia per velare, dal punto di vista istituzionale, la capacità di farsi carico di una responsabilità di gran lunga più ampia: la salute infatti non può mai essere “sganciata” dalla possibilità materiale di accedere alle risorse terapeutiche, di esercitare dunque il diritto alla salute. Il fatto che si tratti di migranti rischia di celare, attraverso discorsi sulla differenza culturale, il differente accesso alle

risorse. Per tale ragione non è sufficiente lavorare sui livelli di cultura che devono a loro volta essere intersecati con un'analisi sui dislivelli di potere e di diseguali risorse. Tale riconfigurazione permette di non cadere in un equivoco estremamente diffuso nel nostro contesto: il tentativo di superare la barriera culturale per garantire l'accesso materiale.

Un esempio paradigmatico dello scenario che si sta tentando di delineare è l'esistenza e la promozione di servizi territoriali "dedicati" agli stranieri, i cui punti di forza paiono essere una certa esperienza in medicina delle migrazioni, oltre al fatto di essere *culturalmente informati*. In effetti, molti informatori hanno riportato che -di fronte a operatori "abituati" alle complessità di vita- le persone si sentono meglio accudite. Tuttavia, questo potrebbe essere letto come una sconfitta da parte di un sistema che, attraverso servizi "altri", non promuove una reale integrazione dei migranti nel tessuto sociale e nei servizi "per tutti". Tra le altre cose, non appena ci si regolarizza e si è costretti ad accedere ai servizi comuni, ci si confronta immediatamente con nuovi ostacoli.

Gli ostacoli all'accesso ai servizi degli immigrati

Di fronte alla malattia l'immigrato vive una condizione di maggiore difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria rispetto alla popolazione locale. Un segnale del difficile accesso nei paesi in cui risiedono è la tendenza a ricorrere ai servizi sanitari in caso di emergenza o di manifestazione conclamata della patologia, piuttosto che valersi di interventi preventivi. Si possono identificare differenti tipi di ostacoli a cui va incontro¹⁶¹

Esistono barriere di ordine più strutturale connesse, ad esempio, alle normative sanitarie e alle restrizioni giuridiche nell'accesso di persone non legalmente presenti su un territorio nazionale. Tale elemento viene di frequente ricondotto ai timori e alle insicurezza nell'utilizzare ogni servizio pubblico (quelli sanitari tra gli altri), dovuti all'attuale clima sociale e politico percepito in forma persecutoria.

Rilevante pare essere anche la scarsità di informazioni sui propri diritti e sui servizi disponibili, cosa che può compromettere significativamente l'accesso alle cure. Sono frequenti inoltre barriere economiche e di accessibilità territoriale che vanno a intersecarsi con le condizioni di lavoro e i relativi orari molto poco negoziabili, specie in caso di lavoro informale. In generale è possibile affermare che, quanto più precarie sono le condizioni di lavoro, più precarie sono le possibilità di trovare spazi e tempi appropriati alla cura.

Esistono poi barriere più interne, o informali, che contemplano le difficoltà linguistiche, di comunicazione o di comprensione delle modalità informative progettate per essere destinate alla popolazione autoctona. Tale difficoltà pare essere particolarmente rilevante in quanto la lingua riveste un'importanza strategica nel rapporto medico e paziente o struttura e utente.

Interni al servizio sanitarie sono anche quegli ostacoli di tipo psicologico e di interazione sociale causati dalla sfiducia nei servizi o dalla paura del contatto e dell'esposizione del proprio corpo. Si tratta di ostacoli di ordine culturale che comprendono le difficoltà connesse a una diversa modalità di riconoscimento dei ruoli e della comunicazione tra medico e paziente o a un'adesione a modelli esplicativi della malattia non conciliabili con i paradigmi della biomedicina.

¹⁶¹ Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna, 2005, op cit. pp.8-10.

Esistono poi barriere connesse ai pregiudizi, all'ostilità da parte del personale, o all'incapacità degli operatori di contemplare aspetti non individuali (economici, sociali) della vita degli individui, dovuta probabilmente a una strutturale incapacità di tenere in considerazione la prospettiva del paziente, laddove -come appena mostrato- si cerca di ridurre tecnicamente la complessa condizione di disagio a sintomi e segni individuali. Questo apre una serie di riflessioni che ci porterebbero lontane e che non è possibile risolvere in questa sede. L'unico elemento che preme per lo meno menzionare è l'idea per cui investire nel tempo di cura, oltre a permettere maggiore comprensione tra operatore e paziente -ridurre la frustrazione e rivalutare il proprio ruolo professionale- significa ridurre il tempo di permanenza dei pazienti nei servizi, dunque favorirne anche l'efficienza, tanto agognata dai decisori politici.

Il dramma della malattia rappresenta purtroppo, per molti immigrati la prima -talvolta sola- occasione per uscire dall'ombra che li circonda. In tal senso, estremamente utile all'analisi pare essere il concetto foucaultiano di "biopolitica", nella prospettiva della "nuda vita"¹⁶² riproposto da Giorgio Agamben. Tale prospettiva permette di riflettere sulle contraddizioni delle politiche in materia di immigrazione, laddove i dispositivi volti a regolamentare l'accesso in territorio europeo hanno visto uno slittamento dal *diritto di asilo* al *diritto di cura*. Se da un lato la cittadinanza rappresenta il fondamento della rivendicazione dei propri diritti, dall'altro gli immigrati irregolarmente presenti in Italia come in molti altri contesti, non esistono come detentori di diritti, se non nel caso in cui a essere messa a rischio è la loro esistenza meramente organica da salvare. Nelle parole di Pierre Bourdieu che introduce l'opera di Abdelmalek Sayad, gli immigrati appaiono come corpi "statalizzati" di persone "fuori luogo"¹⁶³, vale a dire di individui privi di un luogo appropriato all'interno dello spazio sociale che però uniformemente li contiene; individui privi di un luogo assegnato e legittimo all'interno delle classificazioni sociali. Immigrati che di frequente paiono abitare corpi "privi di nome" e "privi di storia", in uno spazio che paradossalmente non li definisce ma li confina¹⁶⁴. Tale visione è ampiamente confermata dai lavori di molti scienziati sociali che parlano di corpi più o meno *bio-legittimati* (dai segni visibili della malattia e della sofferenza) alla rivendicazione di diritti e assistenza. La nuda vita emerge come modalità storica di costruzione di rapporti di potere, effetto di specifiche politiche e strategie di controllo¹⁶⁵.

Migrazione e disuguaglianza

La migrazione internazionale è strettamente interconnessa con la disuguaglianza globale, di cui rappresenta un simbolo potente. La disuguaglianza può essere vista sia come fattore causale sia come conseguenza della migrazione a livello locale, regionale e internazionale. Molti dei determinanti che contribuiscono alla migrazione sono anche cause delle disuguaglianze in salute tra i vari paesi e al loro interno. Come già descritto, i migranti spesso subiscono un ulteriore svantaggio sociale rispetto agli individui del paese ospitante negli stessi strati sociali, come le barriere

¹⁶² Agamben G., *Homo Sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino, 1995.

¹⁶³ Bourdieu P., *Introduzione* in Sayad A., *La doppia assenza. Dall'illusione dell'emigrato alla sofferenza dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano, [1999] 2003.

¹⁶⁴ Fusaschi M., *Corporalmente corretto*, Meltemi, Roma, 2008.

¹⁶⁵ Fassin D., *Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé*, *Anthropologie et sociétés*, 2000, 24,1.

Pandolfi M., *Sovranità mobile e derive umanitarie: emergenza, urgenza, ingerenza*, in Malighetti R., *Oltre lo sviluppo. Le prospettive dell'antropologia*, Meltemi, Roma, 2005, 151-185.

all'accesso ai servizi sanitari e sociali. Con i rischi e i costi che essa comporta, la migrazione è certamente collegata alle disuguaglianze economiche tra i paesi di origine e quelli riceventi.

Alcuni autori sostengono che, data la varietà di tipi di migrazione, e il contesto economico, sociale, culturale e politico entro cui si verifica, è difficile valutare l'impatto della medesima migrazione sulla disuguaglianza a livello mondiale come regionale. È chiaro tuttavia che la disuguaglianza, in quanto fenomeno a più dimensioni, deve essere definita in termini più ampi che non siano il semplice accesso al reddito o alla ricchezza. Parlare di disuguaglianze significa contemplare le dimensioni socio-culturali, l'accesso al potere, misure di livello nazionale, regionale e globale. Tale riformulazione non può essere compresa se non contemplando il ruolo centrale svolto da una varietà di istituzioni politiche, economiche e socio-culturali nella distribuzione di ricchezze, poteri e opportunità all'interno delle società. Classe sociale e genere sono fattori importanti per comprendere la dimensione della migrazione come determinante sociale di salute e disuguaglianza, in quanto dimensioni che forniscono una descrizione illuminante dei rapporti gerarchici esistenti nelle società. Attraverso processi quali lo sfruttamento, il dominio e la discriminazione, il potere determina i privilegi, le opportunità, i limiti dell'accesso alle risorse -sanitarie e non- essenziali per la salute lungo il corso della vita. La migrazione stessa può essere vista come un'istituzione “nel senso di costituire un insieme di norme e pratiche che strutturano il modo in cui gli individui e le famiglie accedono al progresso economico”¹⁶⁶.

Concludendo, la relazione tra disuguaglianze politico-economiche e malattia sembra a questo punto essere autoevidente. La sfida è quella di andare in profondità a tale autoevidenza, tentare di spiegare i meccanismi del rapporto, ormai ovvio nella letteratura, tra stato e corporeità dei cittadini. La sfida è quella di capirne sia i meccanismi, sia gli effetti nelle biografie e sui corpi delle persone, capire quali sono i punti deboli e quelli su cui si può agire per cambiare gli esiti, per cercare di informare delle pratiche che effettivamente operino per la promozione della salute.

¹⁶⁶ Black R., Natali C., Skinner J., *Migration and inequality. Equity and Development*, World Development Report, 2006, Background Papers.

I Dispositivi di Consultazione Culturale in un'ottica comparata

A livello internazionale, soprattutto in quei contesti a più lunga esperienza migratoria, ci si è concentrati sull'ideazione e sperimentazione di interventi e/o strumenti per far fronte alle peculiarità dell'utenza straniera. Le soluzioni ravvisate come congrue ad una facilitazione dell'accesso ai servizi e alla continuità terapeutica presentano una grande variabilità che va dalla collaborazione con mediatori e/o guaritori tradizionali dell'area di provenienza del paziente, alla organizzazione di servizi dedicati per provenienza. Tuttavia gli interventi che più hanno avuto risonanza anche nel dibattito internazionale, costituendosi come veri e propri modelli, sono per lo più il modello canadese e quello francese.

Servizio di Consultazione Culturale, McGill University, Canada

Il Cultural Consultation Service (CCS) nasce sulle indicazioni della “*Cultural Formulation*” introdotta nel DSM-IV, modello che pone in rilievo la centralità degli aspetti culturali da implementare all'interno dei dispositivi di cura. Nello specifico si sofferma sui seguenti elementi: identità culturale dell'individuo; spiegazioni culturali del singolo della malattia; fattori culturali legati all'ambiente psicosociale e livelli di funzionamento; elementi culturali del rapporto tra l'individuo e il clinico; valutazione culturale generale per la diagnosi e la cura. Questi si costituiscono come linee guida che dovrebbero ispirare ogni rapporto terapeutico, dove il metodo di applicazione non è approfondito e indicato, ostacolando in questo modo la sua applicazione.

Il Cultural Consultation Service (CCS) lavora sulle dimensioni culturali della sofferenza psichica come fattori, anche impliciti, che corroborano la visione del paziente immerso nella sua comunità. Le categorie psichiatriche stabilite assumono in questo senso una valenza più sfumata e meno pregnante, guardando al significato dei sintomi per cui non si contempla né una singola né una corretta interpretazione, ma ci si focalizza piuttosto sugli interventi più fruibili per gli specifici pazienti. L'expertise psichiatrica e quella culturale sono viste come dimensioni separate che sono funzionali nel campo, ma che devono essere valutati e integrati per una cura globale del paziente.

Nella realtà canadese vi sono 3 servizi di consultazione culturale: il Jewish General Hospital (JGH), il Montreal Children's Hospital (MCH), l' Hôpital Jean-Talon (HJT).

Ogni clinica ha visto la fondazione da parte di uno psichiatra con esperienza nell'area della psichiatria transculturale e con la collaborazione di altri professionisti e scienziati sociali.

- Il JGH ha stabilito un modello di consultazione che enfatizza l'integrazione tra l'antropologia medica con la psichiatria convenzionale, di tipo cognitivo-comportamentale e sistemico-familiare.
- Il MCH ha enfatizzato un approccio pluralistico, focalizzato sulla fornitura di servizi flessibili per bambini immigrati e rifugiati, in particolare per coloro che hanno subito o vissuto forme di violenza. Lavorano maggiormente con le scuole e le comunità per integrare le prospettive e le risorse collettive della comunità nell'iter terapeutico.
- Il HJT ha adottato il modello etnopsicanalitico (ispirato al modello francese) che

utilizza un gruppo multiculturale di clinici con persone vicine al paziente, per reinquadrare il problema da un punto di vista multiplo, mobilitando il quadro culturale di riferimento del paziente e del suo entourage.

I primi due dispositivi si configurano come una procedura di consulenza che non mira alla presa in carico del paziente. A tal fine è importante che ci sia un referente del caso all'interno dei servizi, infatti, a dispetto della natura specialistica dei servizi, l'obiettivo è di lavorare con le più ampie strutture psichiatriche e di collaborare con i servizi esistenti. Gli operatori del CCS stabiliscono degli incontri con il paziente e, se possibile, con i clinici referenti in modo da ricostruire la storia e l'iter del paziente. Il processo di consultazione prevede una prima restituzione incentrata su raccomandazioni riguardanti la terapia, per via telefonica o postale, che viene fornita in una tempistica breve (1 o 2 settimane), seguita da una più approfondita analisi del caso che segue le linee guida della *Cultural Formulation*. È previsto, infine, un possibile follow up secondo la richiesta e i bisogni degli operatori invianti. Il dispositivo, oltre ad un'attività operativa, prevede anche un'attività di ricerca attraverso l'analisi e la valutazione del materiale raccolto durante le consultazioni sui pazienti che abbiano dato il proprio consenso.

Il lavoro così organizzato ha prodotto anche uno strumento di indagine specifico per la comprensione delle prospettive e dei significati del paziente legati all'esperienza di malattia, attraverso un'intervista la McGill Illness Narrative Interview (MINI) (Groleau, Young, Kirmayer).¹⁶⁷

168

Centro George Devereux, Università di Parigi VIII, (Nathan)

Il dispositivo trova la propria collocazione in Francia, sulle riflessioni di George Devereux, considerato il padre fondatore dell'etnopsicanalisi e sui cui Tobie Nathan, a partire del 1993, ha implementato un vero e proprio modello di setting terapeutico. Questo modello si esplica come una vera e propria presa in carico, volta a strutturare un percorso terapeutico specifico.

Questo setting ha lo scopo di facilitare la mediazione culturale e la comunicazione transculturale, adottando come strumento la compresenza di diverse figure professionali (da psicanalisti/psichiatri ad antropologi, sociologi e filosofi), tra cui anche un mediatore etnoclinico, e lavorando insieme con il paziente e/o la sua famiglia. Lavorando in questo setting i terapeuti dirigono un'attenzione specifica all'esperienza soggettiva della migrazione e al background culturale del paziente. L'approccio terapeutico è di tipo psicanalitico, soprattutto come chiave euristica delle relazioni e dei processi che intercorrono tra paziente e terapeuta. Esso si basa sulla tradizione francese di etnopsicanalisi e sulle basi del lavoro metodologico di Devereux, il quale ha unito un approccio profondamente clinico ad una prospettiva antropologica. Il modello proposto e reso operativo si basa sulla nozione di complementarismo, che può essere definito una strategia di triangolazione per interventi di tipo interdisciplinare, dove differenti prospettive vengono combinate, ma con una particolare attenzione alla specificità disciplinare. Questo significa che nelle ricerche e negli interventi terapeutici di tipo complementarista, i dati sono analizzati in modo indipendente, prima

167

Kirmayer L., et alii, *Development and Evaluation of a Cultural Consultation Service in Mental Health*, 2001.

¹⁶⁸ Kirmayer et alii, *Final Report*, 2011.

dalla prospettiva clinica e poi antropologica, dove i due livelli non devono mai confondersi. Il ricercatore cioè utilizza metodi e teorie che appartengono alle discipline a cui si riferisce, ma in modo separato. Solo alla fine del processo di ricerca il ricercatore/terapeuta integra i risultati dei diversi livelli di analisi in un'interpretazione globale da una prospettiva interdisciplinare¹⁶⁹.

Centro d'Avicenne, Bobigny, Parigi, (per famiglie e seconde generazioni) (Marie Rose Moro)

Nasce dall'esperienza della dottoressa Marie Rose Moro, la quale ha diversificato il dispositivo ideato da Tobie Nathan, adattandolo alle seconde generazioni di migranti, ai neonati, ai bambini e agli adolescenti e alle loro famiglie.

Questa consultazione prevede un'equipe di co-terapeuti (medici e psicologi, ma anche infermieri, operatori sociali), d'origine culturale e linguistica multipla, formati alla clinica, per la maggior parte di loro alla psicoanalisi e introdotti all'antropologia. Essere migranti non è una condizione necessaria né sufficiente per essere co-terapeuti del dispositivo di etnopsicanalisi, il requisito fondamentale è di aver fatto esperienza del decentramento e di avere familiarità con altri sistemi culturali.

Il gruppo ha la sua peculiarità nel far sì che le esperienze degli operatori e dei pazienti si potenzino vicendevolmente. Sono, infatti, l'apprendimento e la pratica intima della diversità e del meticcio a valorizzare l'incontro e ad avere un'efficacia terapeutica. Il dispositivo proposto è per sua natura meticcio e centrato sulla nozione di alterità, in modo tale da condurre il paziente alla definizione del senso e del significato della sua esperienza, senza che vi sia un'unica strada percorribile, su sollecitazione di diverse interpretazioni. A tal fine anche l'utilizzo della lingua ripropone questa idea di meticcio, consentendo ai pazienti l'utilizzo della lingua che desiderano, grazie alla presenza di terapeuti poliglotti, e il passaggio da una lingua all'altra all'interno dello stesso discorso.

Il gruppo di terapeuti che riceve il paziente e la sua famiglia di solito prevede un numero di 10 membri, con il fine di riproporre al paziente l'importanza del gruppo, in quanto elemento centrale in molte culture d'appartenenza. Nelle società definite tradizionali, infatti, l'individuo è pensato in interazione costante con il suo gruppo d'appartenenza e la malattia è considerata come fenomeno che riguarda l'intera rete sociale di appartenenza e non soltanto l'individuo malato, da cui scaturirebbe l'importanza dell'assetto grupppale nella situazione di cura. Alla luce di questo è sempre richiesta la partecipazione della famiglia del paziente singolo, in quanto il trattamento e l'esperienza di sofferenza sono eventi collettivi, dove ciò permette un compromesso fra un'eziologia collettiva e familiare del male e un'eziologia individuale.

Gli operatori che hanno in cura tali pazienti e che hanno inviato la famiglia al Centro di Bobigny, in generale, partecipano a questa consultazione, almeno la prima volta, in quanto testimoni di parte della storia della famiglia. Ciò permette anche che non avvenga una frattura nell'iter terapeutico, che i pazienti non si perdano lungo il percorso, in una sorta di accompagnamento controllato.

Questo tipo di consultazione trova dei risvolti importanti nel gruppo anche rispetto alla necessaria

¹⁶⁹ Da www.ethnopsychiatrie.net

analisi del *controtransfert culturale*¹⁷⁰. Ciò prevede che alla fine di ogni incontro, il gruppo espliciti le dinamiche di controtransfert che riguardano ogni terapeuta rispetto al suo posizionamento all'interno del rapporto con il singolo caso.

Questa tipologia di dispositivo scardina il “normale” assetto terapeutico soprattutto dal punto di vista temporale e su un duplice livello: le consultazioni durano circa due ore, affinché il racconto possa dispiegarsi appieno; le consultazioni terapeutiche sono allo stesso tempo brevi, inferiori a sei mesi, con una cadenza di una seduta al mese o ogni due mesi¹⁷¹.

Centro Franz Fanon, Torino, Italia (Beneduce)

In Italia, il modello più accreditato rispetto alla salute mentale dei migranti è quello del Centro Frantz Fanon di Torino.

Esso dal 2002 collabora, attraverso una convenzione, con il dipartimento di Salute Mentale dell'ASL 2 di Torino ed è gestito dall'omonima associazione (Associazione Frantz Fanon).

Il Centro accoglie utenti immigrati, indipendentemente dalla residenza o dal permesso di soggiorno, che richiedano ascolto, consulenze o psicoterapia a titolo gratuito. Un lavoro precipuo e intensivo ha riguardato la tratta di donne, bambini immigrati e adolescenti stranieri non accompagnati, richiedenti asilo e rifugiati vittime di violenza o tortura.

Tale Centro svolge sia un'attività diretta con i pazienti, di solito inviati da altri servizi, sia un intervento di collaborazione con altre equipe curanti a cui fornire consulenza.

Le attività cliniche si ispirano ad un approccio etnopsichiatrico che trova il proprio modello di riferimento nell'esperienza del Centro Georges Devereux di Parigi (Università di Parigi VIII) e dal quadro teorico di Tobie Nathan. Gli interventi, infatti, prevedono dispositivi di psicoterapia condotti in gruppo, con le famiglie e con la mediazione culturale, a meno che il paziente non richieda un approccio psicoterapeutico individuale.

Il gruppo di lavoro è costituito da psicoterapeuti di diversa formazione, psicologi e psichiatri, mediatori etnoclinici provenienti da diversi paesi e con specifica esperienza nel campo dell'etnopsichiatria clinica, antropologi culturali ed educatori¹⁷².

Questo tipo di interventi vedono una forte componente innovativa all'interno della riflessioni e delle pratiche riguardanti i servizi di salute mentale per migranti. Dall'altro lato sono molto diversificati e sottendono visioni sociali molto diverse.

In questi modelli si assiste ad una centralità della componente culturale come campo principale di indagine e su cui è necessario impostare gli itinerari terapeutici.

L'utilizzo che si fa delle dimensioni culturali varia all'interno di tali dispositivi. Se nel modello canadese questa diventa rilevante nella capacitazione del personale medico, nel dispositivo

¹⁷⁰ Nathan T., Moro M.R., *Enfants de djinné. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces*. In: Lebovici S., Mazet Ph., Visier J.P., *Evaluation des interactions précoces*. Paris: E.S.H.E.L., 1989, pp. 307-40.

¹⁷¹ Moro M.R., *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*, Koinè, Roma, 2010.

¹⁷² Centro Frantz Fanon. Da: www.associazionefanon.org

francese, è mero materiale di lavoro terapeutico, a cui solo personale specializzato, in un centro dedicato può accedere.

Se nel primo caso c'è il tentativo di un'integrazione del paziente straniero all'interno degli iter per tutti attraverso un apprendimento basato sul caso clinico da parte degli operatori, il dispositivo di etnopsicanalisi si gioca tutto sul setting culturalmente adeguato, senza il tentativo di problematizzare l'integrabilità dello straniero nel sistema pubblico.

In entrambi i dispositivi il punto di vista del paziente e la sua prospettiva, culturalmente informati, non corrispondono ad un suo empowerment, ma sembrano mero materiale sulla base del quale impostare gli interventi, in cui sia in un caso che nell'altro non sembra venga implementato un percorso che favorisca l'agency del paziente stesso. Non c'è cenno a concertazione, negoziazione, nemmeno nella scelta del dispositivo, negando anche i processi di acculturazione e/o ibridazione come spettro di possibilità nell'esperienza del paziente. In questo senso ci si chiede come all'interno di tali supporti meramente psicologici si possano contemplare le altre variabili sociali ed economiche, come relegare la problematica (soprattutto nel dispositivo etnopsicanalitico) in chiave estremamente culturale e psicologica, comporti un ulteriore riduzionismo della complessità della sofferenza. Dalle prime valutazioni di questi dispositivi, emerge un miglioramento nell'accesso alle cure da parte dei pazienti, tuttavia come si configura in un quadro più ampio? Quali le implicazioni a livello sociale? Sembra che nelle riflessioni il sistema dei servizi vigente non sia stato minimamente intaccato nelle sue logiche, ma semplicemente "addestrato" alla differenza culturale.

Anche all'interno del "decentramento" dell'etnopsicanalisi, esso ha una valenza meramente interpretativa, ma non politica e di autoriflessività rispetto alle pratiche dei servizi.

Ulteriore aspetto rilevante è come gli approcci appaiano entrambi piuttosto verticistici, nel caso del CSS, anche rispetto agli operatori invianti e non solo rispetto al paziente. Manca, infatti, una processualità di negoziazione e concertazione tra tutti gli attori in campo, che possa instaurare una azione più coinvolta e sentita di cambiamento d'approccio.

Nel caso del CCS emerge una professionalità che forma dall'alto, mentre nel dispositivo francese, il consultanti sono per lo più professionisti clinici che prendono in carico il paziente, attraverso un accesso differenziato e ad hoc.

Il Centro di Consultazione Socio-Culturale di Bologna

Alla luce delle esperienze internazionali e nazionali, sulla scia delle riflessioni dell'antropologia medica e della sanità pubblica, si è implementato a Bologna, nel distretto di Pianura Est, il Centro di Consultazione Socio-Culturale, un'esperienza che nasce da una collaborazione tra professionisti e ricercatori universitari in diversi ambiti (psichiatria, assistenza sociale, sanità pubblica e antropologia medica), volta a sperimentare un nuovo approccio a problematiche interne ai servizi nella relazione con l'utenza straniera.

Nella fase preliminare di analisi e studio del territorio era emerso come la crescente presenza di utenti stranieri nei servizi si accompagnasse a una spiccata difficoltà, da parte di operatori e strutture, nel creare relazioni complianti e iter terapeutici efficaci. Se inizialmente era stato

ravvisato nella componente culturale il campo necessario in cui ridefinire le competenze, l'introduzione di servizi dedicati, mediatori e corsi di aggiornamento alla multiculturalità non aveva di fatto migliorato gli esiti.

Tutto questo ci ha portato a considerare la pertinenza di un intervento che non fosse dedicato e di presa in carico diretta e 'alternativa', ma piuttosto orientato al supporto dei servizi esistenti, capace di implementare lo sguardo sulle molteplici componenti della sofferenza e di co-costruire con gli operatori forme di sapere e competenze autoriflessive rispetto alla produzione delle proprie pratiche.

Lavorando a supporto dei servizi esistenti e con l'intento di superare la forte frammentazione della presa in carico, il centro ha costruito reti e connessioni tra i diversi servizi del territorio.

L'approccio è di tipo multidisciplinare e mira a esplicitare il più possibile la complessità dei casi, a creare un linguaggio-dialogo tra le varie discipline che, contaminandosi, possono provare ad abdicare a formulazioni rigide e monolitiche sui pazienti.

Per fare ciò le discipline devono però essere in grado di relativizzare e denaturalizzare i propri assunti e avere fiducia/consapevolezza delle potenzialità che un inquadramento complesso può avere.

Gli incontri con i professionisti e gli operatori dei servizi, volti alla co-costruzione dei casi, contribuiscono a creare un nuovo spazio di pensabilità e di dicibilità sulle cause del disagio e sulle possibili strategie di presa in carico, che fanno emergere spesso anche un necessario ripensamento rispetto ai limiti dei servizi, del proprio operato all'interno di questi nonché alla praticabilità di alternative.

Il processo di co-costruzione del disagio non chiama in causa solo i professionisti e gli operatori ma anche il paziente stesso e la sua rete sociale. L'idea è infatti quella che nel rapporto tra operatori e pazienti ci sia una dimensione, altrettanto terapeutica, che è quella della ricostruzione del significato della sofferenza. Infatti, viene riconosciuta centralità alla produzione semantica del vissuto del paziente, alla sua competenza nella definizione del proprio disagio nonché al ruolo giocato dal contesto sociale. Questo non accade nella pratica quotidiana dei servizi, dove di norma 'esperti' comunicano la diagnosi e/o la possibile presa in carico a un paziente, senza prendere in considerazione la sua prospettiva come altrettanto pertinente nell'inquadramento della situazione nonché necessaria ad una trasformazione dell'esperienza di sofferenza. La non adesione al progetto terapeutico, spesso è determinata dall'incapacità di tener conto delle esplicitazioni del paziente sul proprio disagio.

Alcuni assunti derivati da riflessioni del dibattito accademico hanno guidato le pratiche del centro ma non senza difficoltà; sono emerse infatti alcune criticità nel portare avanti un approccio sperimentale/innovativo all'interno dei vigenti sistemi di pensiero/cura.

Incompatibilità con servizi come ora strutturati

- Le pratiche che il CCSC ha prodotto durante la sua attività sperimentale hanno “forzato” e destrutturato le pratiche dei servizi socio-sanitari: tempi, luoghi, persone da coinvolgere. Questo ha fatto emergere chiaramente l'inadeguatezza e l'incompatibilità di praticare questo tipo di analisi all'interno delle rigide strutture dei servizi odierni, e la necessità di un cambiamento sia sul fronte della formazione quanto su quello della riorganizzazione dei

servizi, in termini compatibili con la possibilità di espletamento pratico. La riformulazione dei modelli organizzativi può garantire infatti migliori livelli di efficienza, facendo coincidere il miglior interesse del paziente con quello del medico e potenziando anche tutto l'intero processo terapeutico.

- Difficoltà nel creare un linguaggio comune tra le discipline: le differenti prospettive fanno fatica a dialogare, nonostante ci siano dei chiari punti di condivisione, le diverse discipline, incarnate in specifici professionisti spesso faticano ad abdicare al loro sguardo sul mondo. A complicare ulteriormente questa fusione disciplinare, influisce la legittimazione sociale e l'autorità-potere che alcune discipline hanno rispetto ad altre.

Le criticità riscontrate nell'ingranare il Centro nelle pratiche dei servizi, mettono in luce la necessità di una valutazione e di una riflessione sulle prassi nei servizi, ed una analisi rispetto alla capacità dei servizi di comprendere le costruzioni della soggettività dei pazienti e fornire risposte adeguate ai loro bisogni di salute.

In questo ambito, anche l'antropologia è chiamata a ridefinire le proprie riflessioni in base ad una responsabilità "pubblica" quale disciplina sociale partecipe del dibattito sociale e co-autrice delle traiettorie della comunità.

Brevi note a riguardo di altre metodologie di lavoro utilizzate.

Di seguito sono riportate alcune brevi note metodologiche rispetto a temi toccati nell'ambito del progetto del Centro di Consultazione ma non centrali rispetto all'economia di questo lavoro. Nella redazione del testo però sono accennati in alcuni punti, e di conseguenza, per aiutare la lettura verranno brevemente presentati in modo da chiarire alcune scelte organizzative relative alle fasi della ricerca ed all'uso di determinati materiali.

Metodologie di indagine: multi-disciplinarietà; multi-metodologia e diseguaglianze in salute

L'analisi della salute nelle sue dimensioni biologica, psico-culturale e sociale-politico-economica, dei determinanti distali e prossimali di salute, delle diseguaglianze e dei determinanti stessi delle diseguaglianze rappresenta un problema estremamente complesso rispetto agli strumenti dell'epidemiologia classica, incentrata prevalentemente su studi osservazionali e sperimentali basati sulle tecniche bio-statistiche^{173 174}. La disponibilità di dati quantitativi, necessari ad indagare un tale varietà di fattori, condizioni o eventi correlati con le diseguaglianze in salute ed i determinanti è largamente insufficiente. Come riconosciuto dalla commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Social Determinants of Health Measurement and Evidence Knowledge Network"¹⁷⁵ esistono almeno 6 tipi differenti di problemi che possono rendere la costruzione di evidenze relative ai determinanti sociali potenzialmente difficile:

- mancanza e precisione nel definire i causal pathways della malattia;
- confondere e accostare le cause dei miglioramenti degli indicatori sanitari con le cause delle diseguaglianze in salute;
- mancanza di chiarezza rispetto al gradiente in salute e ai *gaps* di salute;
- inadeguatezze nella descrizione degli assi in cui si articolano le differenze nella popolazione;
- l'impatto del contesto rispetto all'interpretazione delle evidenze ed ai concetti usati per interpretare le evidenze;
- problemi relativi al trasportare le conoscenze nelle pratiche.

Nel tentativo di superare queste difficoltà vengono indicati dal rapporto alcuni suggerimenti che rappresentano spunti di riflessione interessanti visto che evidenziano la necessità di un inedito approccio combinato di principi etici e metodologie evidenti:

“These relate to defining equity as a value; taking an evidence based approach; being methodologically diverse; differentiating between health differences, health gaps and health gradients; clarifying the causal pathways; taking both a structural and a dynamic approach to

¹⁷³ Almeida N., *Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto*. RAP, Rio de Janeiro, 2000 v.34, n.6, pp.9-32

¹⁷⁴ Almeida N., *Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo*. In a cura di Goldenberg P., Marsiglia, R.M.G., GOMES M.H.A., *O Classico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em Ciências Sociais e Saúde*, FIOCRUZ, Rio de Janeiro; 2003 pp. 143-156

¹⁷⁵ World Health Organization, *Final report of the Measurement and Evidence Knowledge Network - The social determinants of health: developing an evidence base for political action*, WHO 2007 pp. 7-8
http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf

understanding social systems; and explicating potential bias.”

A partire da questi elementi, il report procede esplorando la necessità di un approccio metodologico diversificato; una cornice all'interno della quale sviluppare, implementare monitorare e valutare le politiche, prestando particolare attenzione al processo di policy-making: “which is described beginning with a consideration of the challenges of policies relating to the social determinants”.

Su queste basi viene suggerito un canovaccio a cui le attività di ricerca come la nostra dovrebbero ispirarsi: lavorare per generare *evidenze*; essere responsabili nel distillare linee guida dalle informazioni ottenute in modo che queste possano essere utilizzate per implementare azioni concrete; valutare le azioni prodotte; avvicinare il più possibile la costruzione della conoscenza alle pratiche.

In particolare a riguardo la diversità metodologica viene riportato tal quale:

“Principle 3: Methodological diversity The third principle is of methodological diversity: no single approach to the generation of evidence or data is to be favoured over others. Evidence should not be appraised and evaluated on the basis of adherence to a single evidence hierarchy in which a particular method is to be given priority. Appraisal of evidence should be on the basis of whether the research method used is appropriate for the research question being asked and the knowledge being collected, and the extent to which in terms of its own methodological canon it is considered to be well executed. Some evidence will be more useful than others, but all sources of evidence may make a contribution to understanding how social factors influence health outcomes. This principle is developed further throughout this report.”¹⁷⁶

probabilmente questo stralcio del Rapporto MEKN riesce a sostanziare, anche dal punto di vista della salute pubblica, alcune impostazioni e metodologie di lavoro utilizzate nella ricerca, soprattutto la creazione di due diversi assi di riflessione, uno prevalentemente concentrato sulla definizione della struttura socio-culturale-politica del contesto su cui insiste l'AUSL di Pianura Est, con l'obiettivo di individuare la natura dei processi che generano le disuguaglianze in salute; ed il secondo, che attraverso il servizio di consultazione ha avuto il compito di individuare i “*Causal pathways*” attraverso cui le disuguaglianze sociali si incorporano nei singoli individui.

Ambedue gli assi di riflessione hanno visto coinvolti medici di salute pubblica, psichiatri assistenti sociali, antropologi, laureati in scienze politiche ed in giurisprudenza ed hanno lavorato utilizzando sia metodologie qualitative che quantitative¹⁷⁷. I due assi di lavoro hanno previsto incontri all'incirca ogni 2 settimane, a settimane alterne, (nella settimana 1 lavoro sul territorio, settimana 2 lavoro sulla consultazione) per discutere la pianificazione, le metodologie, i risultati ottenuti ed i relativi approfondimenti teorici. In quest'ottica le attività di gruppo rappresentano allo stesso tempo uno strumento di pianificazione del lavoro e di knowledge transfer interno. Per quanto riguarda le metodologie di raccolta dei dati (sul versante quantitativo i dati statistici strutturati, provenienti dalle banche dati socio-sanitarie della Regione Emilia-Romagna, della Provincia di Bologna, dell'Ausl di Pianura Est, dell'IMPS, dell'INAIL, della camera del commercio e degli sportelli lavoro, sul versante qualitativo le interviste e le osservazioni partecipanti).

¹⁷⁶ World Health Organization, WHO 2007 op. cit. pp. 16

¹⁷⁷ Maria Cecilia de Souza Minayo, Modalidades de abordagens compreensivas, in O desafio do Conhecimento, Pesquisa qualitativa em saude, pg143-171, Editora Hucitec, Sao Paulo, decima edição, 2007

Metodologie di knowledge transfer e di knowledge translation:

Se la ricerca scientifica non si interessata direttamente dell'utilizzo che la società fa dei risultati ottenuti non può assicurare che le conoscenze accumulate non vengano sprecate e con esse le risorse umane, di tempo ed economiche utilizzate per costruirle. Una delle sfide della ricerca in Salute Pubblica è proprio quella di tradurre i risultati della ricerca in politiche e pratiche efficaci nella promozione della salute.¹⁷⁸

In accordo con quanto detto è compito dei ricercatori rendere disponibili le conoscenze a chi deve usarle attraverso i formati meglio comprensibili ed adatti alla realtà di chi dovrebbe utilizzarle (limitazioni di tempo, conoscenze previe, interesse).¹⁷⁹

Normalmente il modello convenzionale di trasferimento delle informazioni è lineare, e parte dall'assunto che il flusso sia mono direzionale e top-down, dagli esperti che detengono una informazione scientificamente evidente ad attori sociali che detengono saperi "popolari" privi di "oggettività". Benché le evidenze siano chiaramente importanti, al di fuori della comunità scientifica, la classificazione delle conoscenze al livello di "evidenze" non è un motivo sufficiente a promuovere una trasformazione delle pratiche nella comunità. Nella realtà del quotidiano inoltre gli scambi informativi avvengono attraverso processi complessi ed interattivi, multi direzionali, che partendo dalla volontà di comunicare dei soggetti e prevedono sempre uno scambio di idee, di informazioni e di conoscenze. Se si tratta di uno scambio e non di un trasferimento unidirezionale allora ad essere "trasformati" sono tutti i soggetti coinvolti e non solo uno. Per questo motivo all'interno del progetto di ricerca è stato utilizzato un approccio di Ricerca-Azione Partecipato capace di costruire conoscenze situate¹⁸⁰ nel e con il contesto in cui devono essere applicate. Il trasferimento delle conoscenze come processo di scambio e condivisione di sapere riconosce status e significati ai vari interlocutori, con i quali si stabilisce un rapporto collaborativo e non normativo. Nella pratica questo non si traduce semplicisticamente in attirare l'attenzione degli stakeholders attraverso linguaggi adeguati o "culturalmente" comprensibili, ma attraverso un approccio partecipativo che mira a co-costruire e condividere le informazioni importanti nel definire le pratiche.¹⁸¹

Questo processo produce il doppio risultato di massimizzare l'impatto delle ricerca nello sviluppo di buone pratiche, ma anche l'impatto della "realtà" sulla realistica della ricerca stessa¹⁸².

Nella presente ricerca una prima strategia circolare di organizzazione e trasferimento delle conoscenze è rappresentate dai gruppi di lavoro multi disciplinari. I gruppi di lavoro hanno operato un trasferimento orizzontale di saperi e metodologie inter-disciplinare concorrono alla produzione originale e basata sulle esperienze di documenti di lavoro rispetto le prospettive della ricerca; le riflessioni metodologiche e le informazioni raccolte divise per temi.

I tre tipi di documenti sono stati elaborati in parallelo e condivisi tra i gruppi di lavoro. Da questi documenti, a cadenza regolare, sono state redatte delle relazioni tematiche specificamente costruire per gli stakeholders a cui rivolte.

¹⁷⁸ Pablos-Mendez A., Shademani R., *Knowledge translation in global health*, The Journal of continuing education in the health professions, 2006 Winter, 26(1):81-6.

¹⁷⁹ Canadian Health Services Research Foundation, *Leveraging Knowledge: tools & strategies for action*, Report of the 7th CHSRF Annual Invitational Workshop, Montreal, Quebec, March 3, 2005.

¹⁸⁰ Genat B., 2009, op. cit.

¹⁸¹ Coe J., Leutchford M., *Kingham Tracking routes towards impact* Department internal report, ELDIS, Brighton, UK, 2002. p.15. <http://www.id21.org/id21-info/impact/report.pdf>

¹⁸² Matthew W., Et alii, *Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches* Health Educ Behav, 2003 vol. 30no. 2 pp. 133-146

III. ESPERIENZA DI VITA, CONTESTO SOCIALE, ECOLOGICO ED ITINERARI TERAPEUTICI: INCORPORANDO PIANURA EST.

Praticare una epidemiologia riflessiva significa contestualizzare nel più ampio scenario sociale le teorie, le ipotesi, i metodi, i risultati e i significati sociali della ricerca. L'attività di Consultazione, quindi, non ha potuto prescindere dall'analisi delle interazioni del team di lavoro non solo con i pazienti e gli operatori dei servizi, ma anche con il territorio del Distretto, con le sue caratteristiche sociali, economiche, politiche e storiche.

Il concetto stesso di Pianura Est, il suo valore simbolico, sottende processi e scelte della gestione del territorio e dei servizi sanitari intrisi di macro-processi e produttori di micro-politiche locali, di fattori determinanti e determinati, di cause ed effetti concreti sulla salute della popolazione.

Per questo motivo le storie cliniche dei pazienti sono state collocate nello spazio geografico, politico e storico in cui si sono realizzate, ricostruito utilizzando un approccio multi-disciplinare e multi-metodologico, attraverso informazioni quantitative (analisi di dati primari e secondari di banche dati socio-demografiche, rapporti di organizzazioni istituzionali e del tessuto sociale); qualitative (osservazione partecipante, diario di campo, colloqui con informatori chiave e interviste semi-strutturate) e processuali (interazione e trasformazione reciproche tra gruppo di lavoro e contesto).

Le storie dei pazienti afferiti al Centro di Consultazione sono, infatti, storie di interazioni, relazioni tra e con spazi e territori, servizi, individui, famiglie e gruppi, definite da forze e processi globali e locali che sono state analizzate attraverso il *framework* delle Micro-Macro integration¹⁸³.

Per questo motivo è stata operata una approssimazione “per gradi” alle storie del Centro di Consultazione.

Una prima fase del lavoro è stata dedicata all'interpretazione e alla costruzione operativa del Distretto Socio-Sanitario di Pianura Est e delle connessioni con il contesto storico in cui si inserisce.

Successivamente sono state esplorate le percezioni e i vissuti dei migranti rispetto alla loro salute e ai servizi sanitari sul territorio stesso, le interazioni tra Distretto e Centro di Consultazione e, infine, sono state analizzate alcune delle storie di migranti che hanno avuto accesso al servizio.

Il materiale empirico raccolto viene di seguito presentato in questo stesso ordine nel tentativo di restituire in forma ordinata le riflessioni che hanno poi condotto all'analisi dei singoli casi di consultazione.

Il Sapere Medico come forza istituzionalizzante dello spazio geografico e l'epidemia di riforme sanitarie degli anni '90: Il distretto di Pianura Est.

“Per quale motivo 15 comuni della provincia bolognese diventano a un certo punto il distretto socio-sanitario Pianura Est?”.

È con questa domanda, di una collega antropologa, che si apre la discussione del gruppo di lavoro sulla valutazione di contesto del Centro di Consultazione.

¹⁸³ Legge D., Gleeson D.H., Wright M. et Alii, *Micro macro integration: Reframing primary healthcare practice and community development in health*, Critical Public Health, Taylor & Francis, June 2007, 17(2), pp. 171–182.

Per rispondere a tale questione i medici di salute pubblica del gruppo hanno evidenziato due differenti livelli: uno tecnico-organizzativo e un altro politico-economico, legato ai processi globali.

Seguendo la linea di interpretazione tecnica, la più prossima al territorio, è sufficiente considerare le direttive regionali in merito all'organizzazione dei servizi:

“I Distretti rappresentano l’articolazione territoriale fondamentale dell’Azienda USL: la loro *mission* è di assicurare a tutti i cittadini l’accesso ottimale all’assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso il coordinamento delle attività proprie e il raccordo con le articolazioni delle altre macro-gestioni aziendali che insistono sul territorio. Grazie ai distretti, i Comuni partecipano all’attività e alla definizione delle priorità di salute collaborando alla definizione e alla programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione, in stretta connessione con la direzione generale dell’Azienda USL e i Dipartimenti.

Inoltre, i Distretti:

- forniscono le prestazioni e le attività proprie del Servizio Sanitario in materia di prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione e prestazioni socio-sanitarie
- assicurano l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria e dei servizi socio-sanitari
- promuovono l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri e la continuità assistenziale
- rappresentano i bisogni della popolazione del territorio e ne garantiscono il pieno ed efficace soddisfacimento, organizzando un sistema coerente di pianificazione e controllo attraverso il quale promuovere e monitorare le azioni necessarie al governo dei processi organizzativi e clinico-assistenziali”¹⁸⁴

Nei distretti avviene l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, delle istituzioni e del privato sociale, mediante l'elaborazione del Piano Zona, un documento programmatico con il quale i comuni associati, di intesa con l'Azienda USL, definiscono le politiche sociali e socio-sanitarie rivolte alla popolazione del territorio coincidente con il distretto sanitario, in maniera coerente con le linee di indirizzo regionali ed in accordo con la programmazione sanitaria, in particolare di livello distrettuale. Attraverso i Piani di Zona si punta a costruire un sistema integrato di interventi e servizi.

“Integrato, perché deve mettere in relazione servizi che si offrono in strutture, servizi domiciliari, servizi territoriali, misure economiche, prestazioni singole, iniziative non sistematiche, sia che siano rivolte alla singola persona sia alla famiglia. Integrato, perché deve coordinare politiche sociali, sanitarie, educative, formative, del lavoro, culturali, urbanistiche e abitative, e cioè: come, dove, e chi il sistema nel suo complesso assiste, si prende cura, riabilita, educa, forma, orienta e inserisce al lavoro, offre occasioni di cultura e di socialità, offre una città e un'abitazione vivibile e adeguata. Integrato, infine perché deve far collaborare e lavorare, in modo coordinato ed efficace per i cittadini, soggetti istituzionali e non, pubblici e privati.”¹⁸⁵

¹⁸⁴ Ausl di Bologna, *I distretti: partecipazione e accesso*. Da: <http://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/distretti>

¹⁸⁵ E-R, Sociale, *Faq sui piani di zona*, Da: <http://sociale.regione.emilia-romagna.it/entra-in-regione/piano-sociale-e-sanitario/faq-sui-piani-di-zona-1>

Dal punto di vista tecnico, quindi, l'esistenza del Distretto di Pianura Est è legata alla necessità di razionalizzare i servizi sociali e sanitari di una data area, connettendoli in modo da garantire il più possibile continuità e integrazione assistenziale agli utenti attraverso le direttive del Piano di Zona, che comprendono:

“Le modalità con cui va organizzato l'accesso ai servizi, per garantire equità e che sia effettivamente una rete, cioè che, ad esempio, un utente che ha bisogno di più servizi, o nel tempo deve usufruire di servizi diversi possa "muoversi" agevolmente guidato dai nodi della rete (accessi, responsabili della valutazione del caso, ...); I modi di coordinamento con le amministrazioni statali (la scuola, la giustizia, le carceri...)”

Inoltre:

“Gli obiettivi e le priorità d'intervento specifici della Zona, anche in ambito socio-sanitario, nel quadro di quelli definiti a livello regionale, sono i seguenti:

- Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari e delle capacità genitoriali
- Rafforzare i diritti dei bambini e degli adolescenti
- Potenziare gli interventi di contrasto della povertà e dell'esclusione sociale
- Sostegno della domiciliarità
- Prevenzione delle dipendenze
- Azioni per l'integrazione sociale degli immigrati
- Gli strumenti e le risorse per raggiungere gli obiettivi;
- I modi in cui i cittadini partecipano al controllo di qualità dei servizi;
- Quale formazione di base e/o permanente occorre agli operatori della zona.”¹⁸⁶

Tuttavia, il livello tecnico, da solo, non è in grado di spiegare come e perché questo modello organizzativo, uno tra i tanti, sia stato adottato in questo particolare momento storico e per rispondere a quali esigenze.

Il territorio dei comuni afferenti al distretto di Pianura Est è stato coinvolto, infatti, in una serie di trasformazioni ben più complesse ed indipendenti dalle dinamiche locali, che ne hanno trasformato i livelli organizzativi a prescindere dalle esigenze e dalle rappresentazioni locali del territorio.

Senza volere entrare eccessivamente nello specifico, ma tracciando a grandi tratti la portata di queste trasformazioni, l'esistenza del concetto di Pinura Est dipende da alcuni macro-processi chiaramente identificabili:

La costituzione italiana e il riconoscimento del diritto alla salute:

In forza ai processi storici e politici che segnano la fine della seconda guerra mondiale, la nascita del moderno sistema delle Nazioni Unite, la stesura della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, la creazione di una Agenzia specifica delle Nazioni Unite che si occupa della promozione e della protezione della Salute a livello globale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità

¹⁸⁶ *Ibidem*

(OMS), la Costituzione della Repubblica Italiana incorpora come stato membro delle Nazioni Unite i principi della Dichiarazione Universale. Nello specifico:

“Articolo 2: «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale»;

Articolo 3: «Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese»;

Articolo 32: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Articolo 38: «Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione volontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all’educazione e all’avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L’assistenza privata è libera»¹⁸⁷.

Dunque la Costituzione Italiana sancisce alcuni principi frutto di processi globali maturati alla fine della seconda guerra mondiale; questi possiedono implicazioni fondamentali rispetto alla salute e all’accessibilità ai servizi per la popolazione. Gli effetti di questi processi diventano più consistenti con la nascita del Sistema Sanitario del 1978.

La nascita del Sistema Sanitario:

La nascita del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) avviene attraverso la Legge 833 del 23 dicembre 1978 che rifacendosi all’art. 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività.

Al primo articolo della legge:

“1. (I principi).- La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale.”¹⁸⁸

I principi del SSN sono:

- principio di universalità, secondo cui vengono garantite prestazioni sanitarie a tutti, senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito;
- principio di uguaglianza, in virtù del quale tutti, a parità di bisogno, hanno diritto alle medesime prestazioni;

¹⁸⁷ La Costituzione della Repubblica Italiana. Da: <http://www.governo.it/governo/costituzione/principi.html>

¹⁸⁸ Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. (G.U. n. 360 del 28 dicembre 1978). Da: <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=21035>

- principio di globalità, secondo il quale non viene presa in considerazione la malattia, bensì la persona in generale, implicando inevitabilmente il collegamento di tutti i servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il SSN ha come obiettivi il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni di assistenza socio-sanitaria del paese, da perseguire attraverso un'adeguata programmazione sanitaria e una coerente distribuzione delle risorse disponibili.

Dalla legge derivano alcuni principi che ritroveremo poi nei Piani di Zona:

- globalità degli interventi in materia di prevenzione, cura e riabilitazione;
- coordinamento tra interventi sociali e sanitari;
- continuità tra interventi delle istituzioni pubbliche e del privato sociale.¹⁸⁹

Un'altra innovazione proveniente dalla riforma del '78 è l'introduzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) come strumento per la gestione territoriale della salute. Le USL portano all'unificazione di numerosi enti razionalizzando l'offerta di servizi sul territorio; inoltre, occupandosi di cura e promozione della salute, diventano una risorsa concreta per l'organizzazione dei servizi di prevenzione. E' con la razionalizzazione dei servizi che nascono i Distretti Sanitari di Base.

Infine, rispetto al principio di uguaglianza e di decentramento delle responsabilità organizzative alle istituzioni locali, la gestione delle USL viene affidata ai comuni in quanto -quali organi elettivi- possano esercitare una funzione politica di tutela delle esigenze locali dei cittadini e di coinvolgimento diretto delle loro istanze nella dimensione organizzativa attraverso l'elezione democratica dei propri rappresentanti.

L'USL si configura come struttura operativa dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane composte dai seguenti organi:

- Assemblea generale, costituita dal Consiglio comunale, se l'ambito territoriale dell'USL coincide con quello del comune o di parte di esso, e dall'Assemblea generale dell'Associazione dei comuni, se l'ambito territoriale dell'USL corrisponde a quello complessivo dei comuni associati. A tale organo è affidato il compito di fissare il programma delle attività dell'USL;
- Comitato di gestione, eletto dall'Assemblea generale, e deputato a compiere tutti gli atti amministrativi dell'Unità sanitaria locale, con la possibilità di eleggere al suo interno un presidente con compiti di rappresentanza dell'USL;
- Collegio dei revisori, formato da tre membri (dei quali uno designato dal Ministero del tesoro e uno dalla Regione), con il compito di verificare la conformità degli atti dell'USL alle leggi.

In questa formulazione delle USL, la rappresentanza del territorio e delle sue necessità appare molto forte e sembra rispondere alle esigenze di coordinamento e controllo locale per cui sono state creati i Distretti Sanitari e i Piani di Zona.

Per comprendere l'evoluzione dell'organizzazione dei servizi sul territorio bisogna tenere in considerazione altri processi che avvengono in questi anni, sia locali che globali.

In primo luogo, la riforma sanitaria del '78, aumentando l'accessibilità dei servizi e universalizzandoli, comporta un aumento della spesa sanitaria e una costante crescita dei costi del sistema. La separazione dei poteri tra i centri di spesa e di finanziamento, inoltre, non rappresenta

¹⁸⁹ *Ibidem*

un incentivo alla razionalizzazione degli interventi.

Infine, in mancanza di indicatori di efficacia e di standard assistenziali i decisori politici locali possono utilizzare l'offerta sovrabbondante di servizi e di presidi sanitari come strumento politico di consenso, causando allo stesso tempo un aumento incontrollato della spesa e un peggioramento della qualità dell'assistenza.

Gli anni 80, le crisi economiche ed il cambio di paradigma: l'epidemia delle riforme sanitarie.

Contemporaneamente all'adozione del Sistema Sanitario Nazionale sono in atto a livello globale una serie di cambiamenti politici profondi negli assetti delle relazioni internazionali e nei paradigmi sociali. Le numerose crisi petrolifere degli anni '70-'80 e i pesanti effetti negativi sull'economia dei paesi importatori di petrolio sono causa di una grave recessione economica su scala internazionale.

Gli effetti della crisi si manifestano su diversi piani.

Sul piano politico la crisi economica favorisce l'espansione delle correnti conservatrici e liberiste. Il "liberismo radicale", interpretato dalla cosiddetta Scuola di Chicago che fa riferimento al premio nobel per l'economia Milton Friedman, trova come migliori interpreti il primo ministro inglese Margaret Thatcher e il presidente degli Stati Uniti Ronald Reagan. Attraverso l'asse Inghilterra-Stati Uniti si espandono alcuni concetti che sono fortemente in contrasto con quelli ispiratori, ad esempio, del Sistema Sanitario Nazionale Italiano. Tra le altre si affermano le idee che i mercati siano i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione che nella distribuzione della ricchezza, che le società siano composte da individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali; e infine che il *welfare state* -di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le disuguaglianze nella società- interferisca con il normale funzionamento del mercato e debba essere, dove esiste, eliminato. Secondo l'ideologia neo-liberista infatti, le disuguaglianze sono il necessario sotto-prodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche "giuste" perché rispondono al principio che se qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le "distorsioni" del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; e infatti il motto di R. Reagan era: "*il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema.*"¹⁹⁰

L'affermazione di una prospettiva economicista a sfavore di una politica legata al ruolo dello stato segna l'ingresso nella politica internazionale di organismi tecnici quali la Banca Mondiale, il Fondo Monetario Internazionale e, successivamente, l'Organizzazione Mondiale del Commercio. Questi organismi, in particolare la Banca Mondiale, vengono incaricati di gestire la crisi economica specialmente in relazione al forte indebitamento e al crollo delle economie dei paesi a basso indice di sviluppo e a basso reddito attraverso azioni di risanamento o "*structural adjustment*", che prevedono drastici tagli alla spesa pubblica, inclusi i servizi sociali, la sanità e l'educazione. Gli effetti di questo cambio di paradigma non riguardano però i soli paesi a basso reddito, ma produrranno nell'ambito della salute quello che il professor Rudolf Klein ha definito una sorta di "*epidemia planetaria di riforme dei sistemi sanitari*" in senso mercantilista e liberista¹⁹¹.

¹⁹⁰ Maciocco G., *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2009, p. 17.

¹⁹¹ Klein R., *Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform*, The Milbank Quarterly, 1995, Vol. 73, N.3, pp. 299-337.

Il Sistema Sanitario Nazionale e la crisi politica degli anni '90.

E' in questo contesto internazionale che l'Italia si trova ad affrontare la crisi politica del crollo della prima repubblica e la crisi economica. Per anni l'aumento della spesa sanitaria causata da una gestione locale spesso inoculata¹⁹² o improntata al guadagno politico, viene mantenuta a livello centrale con l'aumento del debito pubblico e politiche di svalutazione monetaria¹⁹³.

Con l'affacciarsi dell'unità economica europea, però, e con la prospettiva dell'introduzione dell'euro, vengono adottati dai paesi membri i "parametri di Maastricht", che impongono ai vari stati dell'Unione la riduzione del debito pubblico quale condizione indispensabile per partecipare all'unione economico-monetaria e l'abbandono delle politiche monetarie come forma di sostegno dell'economia.

Con il crollo del sistema politico, la sfiducia dei cittadini nel sistema di rappresentanza e la nascita dei governi tecnici¹⁹⁴, vengono intraprese misure di ristrutturazione del sistema sanitario basate su criteri di tipo economico-efficientista, che mirano alla riduzione della spesa sanitaria e al contenimento dei costi. Ed è proprio la necessità di tagliare la spesa sanitaria e di privatizzare la sanità che porta all' "aziendalizzazione" del Sistema Sanitario con i Decreti Legislativi 502/92 e 517/93, rispettivamente durante i governi tecnici Amato e Dini, che modificano radicalmente la struttura delle USL, il loro legame con il territorio e la partecipazione della comunità locale alle scelte sanitarie, le forme di funzionamento, le modalità di erogazione delle prestazioni e le tipologie di finanziamento.

Le USL vengono trasformate in Aziende e vengono istituite le Aziende Ospedaliere Autonome: non più strumenti operativi dei Comuni singoli o associati, ma aziende regionali con propria personalità giuridica e autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale, con obbligo di pareggio di bilancio, che vedono la funzione sanitaria separata da quella amministrativa, affidata ad una direzione di tipo manageriale. Le Aziende sono dirette da un Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale, che ha un contratto quinquennale con il quale si impegna a perseguire gli obiettivi indicati dal Piano Sanitario Regionale e specificamente attribuiti alle singole Aziende Sanitarie. Il nuovo sistema di finanziamento dell'assistenza sanitaria è basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate, a tariffe predeterminate dalle Regioni.

I compiti di pianificazione in materia sanitaria vengono trasferiti infatti allo Stato mediante la redazione di un Piano Sanitario Nazionale triennale; lo Stato individua inoltre i "livelli uniformi di assistenza" sanitaria che debbono essere obbligatoriamente garantiti dal SSN ai cittadini aventi diritto e definisce annualmente, nel contesto delle leggi finanziarie, l'ammontare complessivo delle risorse attribuibili al finanziamento delle attività sanitarie; altre prestazioni sanitarie, non previste dai livelli uniformi di assistenza debbono essere eventualmente finanziate con risorse delle Regioni; a queste ultime sono attribuite funzioni rilevanti nel campo della programmazione sanitaria, nel finanziamento e nel controllo delle attività sanitarie gestite dalle Aziende, nel governo di attività di igiene pubblica anche in raccordo con la neo costituita ARPA (Azienda Regionale per la Protezione Ambientale).

Il comparto sanitario viene separato da quello socio-assistenziale e mentre le funzioni sanitarie sono

¹⁹² Cirillo C., *Mani Pulite e Sanità* in Minerva D., *La fiera delle sanità: Politici corrotti. Medici cialtroni. Imprenditori rapaci. Criminali e burocrati. Un giro d'affari da 100 miliardi di euro. Tra abusi, truffe e disservizi, ecco chi mette in pericolo la salute degli italiani*, RCS libri, Milano, 2008.

¹⁹³ Marchetti M., *Il futuro dimenticato. L'economia italiana dalla metà degli anni '60 ad oggi*, Franco Angeli, Milano, 2006, pp. 36-55; 72-79.

¹⁹⁴ Zavoli S., *C'era una volta la prima repubblica: cinquant'anni della nostra vita*, Rai-Eri Roma, Mondadori, Milano, 1999.

a carico dell'Azienda Sanitaria, coperte dal Fondo Sanitario Nazionale, quelle socio-assistenziali sono di competenza degli Enti Locali gestite con fondi degli enti locali stessi, regionali o di progetti nazionali.

Vengono creati i Distretti Sanitari con autonomia organizzativa e gestionale e come soggetto che può partecipare all'integrazione tra servizi sanitari e socio-assistenziali.

In ultimo vengono disattivate le convenzioni che le USL avevano precedentemente contratto con i servizi privati territoriali e viene costruito un nuovo sistema di convenzionamento basato su un precedente processo di accreditamento e sul riconoscimento di un costo fisso di prestazione.

Con Il d.lgs 229/99 o riforma Bindi, viene operata la terza riforma sanitaria che, oltre a confermare l'importanza del SSN come strumento attraverso cui realizzare il diritto costituzionale di tutela della salute, opera il completamento dell'aziendalizzazione e regionalizzazione del sistema e delle strutture sanitarie e l'identificazione di livelli minimi di assistenza, disciplinando le partecipazioni del privato *no profit* e del volontariato come attori strutturali del sistema e, infine, riconosce il limite dell'esclusione degli enti locali dalla programmazione dei servizi e dalla costruzione di percorsi integrati, aumentando la partecipazione delle municipalità alla programmazione e gestione dei servizi.

Delocalizzazione, *devolution* e spinte secessioniste.

Nel 2001 viene approvata una riforma della Costituzione Italiana che amplia le competenze regionali trasferendo a Regioni e Province compiti di organizzazione e gestione precedentemente di esclusiva pertinenza statale, tra queste la gestione dei servizi sanitari.

Su questa riforma pesa il progetto politico di *devolution*, sostenuto dal partito politico della Lega Nord, come strumento per il mantenimento di una identità simbolica localizzata in un contesto di globalizzazione economica, politica e sociale, che sempre minaccia ed erode le condizioni economiche locali nelle aree più opulente del paese¹⁹⁵.

Con la legge regionale numero 29 del 2004, "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale", la Regione Emilia-Romagna ridefinisce la gestione della salute sul suo territorio, in un'ottica federalista. L'aumento delle competenze in materia normativa e organizzativa lascia spazio all'affermazione dei principi sanitari espressione del territorio e della guida politica regionale. La volontà del Parlamento regionale è quella di "rafforzare le competenze degli enti locali in materia di programmazione sanitaria, verifica e controllo, la partecipazione degli operatori sanitari al governo aziendale e il rapporto della Regione con l'Università nel campo dell'assistenza, della ricerca e della didattica" confermando "i principi di universalismo, equità e gratuità del servizio sanitario"¹⁹⁶.

Organizzazione dei Servizi Socio-Sanitari in Emilia Romagna

I processi storici internazionali e nazionali, interagendo con i processi, i valori e le esigenze locali, plasmano i servizi socio-assistenziali della Regione Emilia-Romagna e ne regolano le forme di assistenza e di esigibilità dei diritti.

Nell'organizzazione locale dei servizi, nelle sue forme giuridiche e nelle terminologie adottate si

¹⁹⁵ Perfetti L.R., *La devolution: secessione, attacco al Welfare e alla Costituzione*, Aggiornamenti sociali: rivista mensile a schede, Centro Studi Sociali, Milano, A. 2003, fasc. n.2, pp. 111-122.

¹⁹⁶ Saluter. Il portale del Servizio Sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, *La legislazione nazionale e regionale*. Da: <http://www.saluter.it/ssr/la-legislazione-del-ssr>

ritrovano le parole e i valori del secondo dopoguerra, trasportati dalle dichiarazioni e dai patti e resi norme vigenti dalla Costituzione o dal quadro normativo repubblicano, così come gli echi delle spinte del mercato delle aziendalizzazioni e della decentralizzazione.

L'erogazione dei servizi socio-sanitari nella Regione Emilia-Romagna è regolata, dopo il riordino del titolo V della Costituzione, da normative sia nazionali sia regionali.

Con il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, “Riordino della disciplina in materia sanitaria”, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, come abbiamo visto la gestione dei servizi sanitari è stata devoluta alle Regioni in maniera non concorrente con la legislazione nazionale e nel rispetto dei “livelli essenziali di assistenza” stabiliti dallo Stato:

“Art. 1. Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale[...]

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica[...]¹⁹⁷

Nella Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29 LR-ER-2004-29 “Norme generali sull'erogazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale”, ritroviamo i principi che guidano la promozione e la protezione della salute quale diritto umano fondamentale, l'equità di accesso, la globalità della copertura assistenziale, insieme alla prospettiva di compartecipazione degli enti locali:

“Art. 1 Tutela della salute e Servizio sanitario regionale

1. Il Servizio sanitario regionale (di seguito denominato “SSR”) è costituito dalle strutture, dalle funzioni e dalle attività assistenziali rivolte ad assicurare, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (di seguito denominato “SSN”) e nel rispetto dei suoi principi fondamentali, la tutela della salute come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione, Il SSR si ispira ai seguenti principi:

a) la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;

¹⁹⁷ Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (G.U. Serie Generale n. 305 del 30 dicembre 1992). Da: <http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=13209>

- b) la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della persona e delle comunità locali;
- c) l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona presente nel territorio regionale, in base alle regole di accesso determinate dalla normativa statale e dagli accordi internazionali;
- d) la globalità della copertura assistenziale, quale garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, in quanto complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessità di ciascuno, nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità di accesso ai servizi, della qualità dell'assistenza, dell'efficacia ed appropriatezza dei servizi e delle prestazioni, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse; [...]
- f) la valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive nella promozione di stili di vita e di ambienti di vita e di lavoro idonei a mantenere lo stato di salute degli individui e delle collettività; [...]
- l) la compartecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute;
- m) la leale collaborazione con le altre Regioni e con lo Stato, attraverso la promozione delle opportune forme di coordinamento, anche al fine di assicurare la portabilità dei diritti dei cittadini della Regione Emilia-Romagna e la reciprocità di trattamento;
- n) la collaborazione con le Università, per il loro ruolo fondamentale nella formazione e nella ricerca, con la finalità di promuovere in particolare la formazione del personale del SSR e di sviluppare la ricerca biomedica e sanitaria, valorizzandone i risultati come strumento di innovazione gestionale ed organizzativa del sistema sanitario.”¹⁹⁸

La legge prevede l'integrazione tra i servizi socio-sanitari e la loro erogazione attraverso una rete localizzata che prevede:

“Art. 2 Principi di organizzazione del Servizio sanitario regionale

1. La Regione assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza attraverso:

- a) le Aziende Unità sanitarie locali, (di seguito denominate 'Aziende Usl' o 'Azienda Usl');
- b) le Aziende ospedaliere, nonché, in connessione con specifiche esigenze assistenziali, didattiche o di ricerca scientifica, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (di seguito denominati 'IRCCS') e, secondo le modalità di cui all'articolo 9 della presente legge, le Aziende ospedaliere-universitarie, già Aziende ospedaliere integrate con l'Università. La costituzione di Aziende ospedaliere è disposta dalla Regione motivando sulla base della complessità della casistica trattata e del ruolo di ospedale di riferimento per specifici programmi regionali di assistenza individuati dal Piano sanitario regionale”¹⁹⁹;

¹⁹⁸ Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29 LR-ER-2004-29 *Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale*. Da: <http://www.consultoriemiliaromagna.it/file/user/lr-er-2004-29.pdf>

¹⁹⁹ *Ibidem*

La partecipazione con gli enti locali è in particolare affrontata nell'articolo 4:

Art. 4 Distretti sanitari

1. I distretti sanitari, individuati dall'atto aziendale secondo le modalità stabilite dall'articolo 5, costituiscono l'articolazione territoriale delle Aziende Usl allo scopo di:

a) promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e con le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento;

b) assicurare l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, nonché il coordinamento delle proprie attività fra di loro e con i servizi aziendali a valenza sovra-distrettuale;

c) favorire la partecipazione dei cittadini.[...] ²⁰⁰

L'integrazione a livello locale viene realizzata con La “Legge quadro per la realizzazione del Sistema integrato di interventi dei servizi sociali” n.328/00, che adotta il metodo della pianificazione al fine di disegnare il sistema integrato di servizi socio-assistenziali locali e prevede l'adozione dei Piani di Zona come strategia per l'inclusione a livello locale delle componenti politiche, amministrative e sociali nella programmazione socio-sanitaria, in modo da rappresentare in maniera congrua gli interessi specifici della popolazione, nelle singole comunità locali e nei territori.

“La Legge all’art.19 prevede l’utilizzo dei Piani di zona come strumento per favorire il riordino, il potenziamento, la messa in rete di interventi e servizi in modo di programmarli e realizzarli secondo un’ottica sistemica.

La nostra Regione, in attesa dell’approvazione della specifica legge, ha deliberato un programma di interventi che definisce:

a) gli ambiti territoriali dei Piani di zona coincidenti con i Distretti sanitari;”²⁰¹

Nelle intenzioni del legislatore, i Piani di Zona sono lo strumento della programmazione locale che garantisce la concordanza tra i programmi, gli obiettivi e i risultati attesi, le previsioni finanziarie annuali e pluriennali dei Comuni e degli altri soggetti che concorrono alla realizzazione degli obiettivi. I Piani di Zona contestualizzano le finalità e gli obiettivi definiti nel Piano Sociale Regionale, coniugando obiettivi strategici regionali ed esigenze ai bisogni locali. A livello locale viene avocata la responsabilità delle scelte, l'individuazione di strumenti appropriati, e il coinvolgimento degli *stakeholders*.

Al Piano di Zona sono avocate funzioni di:

- analisi dei bisogni e dei problemi della popolazione sotto il profilo qualitativo e quantitativo;

²⁰⁰ *Ibidem*

²⁰¹ Piano di Zona Pianura Est, Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali, 2002-2003. Tratto da: <http://www.provincia.bologna.it/sanitasociale/Engine/RAServeFile.php/f/Pianidizona/piani/pianodizonapianuraest.pdf>

- riconoscere e mobilitare le risorse professionali, personali, strutturali, economiche pubbliche, private (profit e non profit) e del Volontariato;
- definire obiettivi e priorità, nel triennio di durata del piano attorno a cui finalizzare le risorse;
- individuare le unità d'offerta e le forme organizzative congrue, nel rispetto dei vincoli normativi e delle specificità e caratteristiche proprie delle singole comunità locali;
- stabilire forme e modalità gestionali atte a garantire approcci integrati e interventi connotati in termini di efficacia, efficienza ed economicità;
- prevedere sistemi, modalità, responsabilità e tempi per la verifica e la valutazione dei programmi e dei servizi.

Nella loro funzione di cerniera tra interessi regionali e locali, i Piani di Zona rappresentano anche uno spazio di articolazione tra comparto sanitario e sociale e di *governance* dei processi più complessi che agiscono sul territorio, come quelli interenti la salute degli anziani, dei disabili, dei migranti, le problematiche dell'età evolutiva e dei nuclei familiari:

“I Sindaci, da soli, ovvero riuniti nella Conferenza dei Sindaci negli ambiti pluricomunali, sono i soggetti che promuovono e curano la predisposizione del Piano di Zona. Essi coinvolgono, nelle diverse fasi e nel rispetto delle specifiche competenze di ognuno, tutte le istituzioni pubbliche, le istituzioni private, le famiglie e tutti i soggetti della solidarietà organizzata presenti nell'ambito territoriale e disponibili a collaborare, così come in realtà stabilisce la nuova Legge Quadro sui Servizi Sociali (328/00).²⁰²”

Sentite tutte le parti e attraverso la costituzione di un tavolo di concertazione formato da forze politiche, tecnici, rappresentanti dei soggetti istituzionali o della solidarietà organizzata (ivi comprese le "associazioni storiche" operanti nel settore della disabilità, presenti nello specifico ambito territoriale), gli Uffici di Piano predispongono con programmazione triennale un Piano Socio-Sanitario di Zona che viene reintegrato annualmente.

“La predisposizione del Piano di zona comporta diverse fasi di lavoro:

- a) predisposizione degli strumenti di rilevazione dei soggetti presenti sul territorio e dei dati relativi ai bisogni, alle risorse, ai servizi;
- b) analisi dei dati, individuazione degli obiettivi e delle priorità, con diretto coinvolgimento del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci e altri soggetti istituzionali e sociali;
- c) stesura del Piano di Zona con obiettivi, sotto-obiettivi, risultati attesi, indicatori, azioni da compiere, interventi e servizi da garantire, soggetti responsabili, oneri necessari, tempi di realizzazione dei servizi, rapportati alla durata del Piano, momenti di verifica e valutazione;
- d) individuazione delle modalità gestionali per garantire approcci integrati con il distretto sanitario.

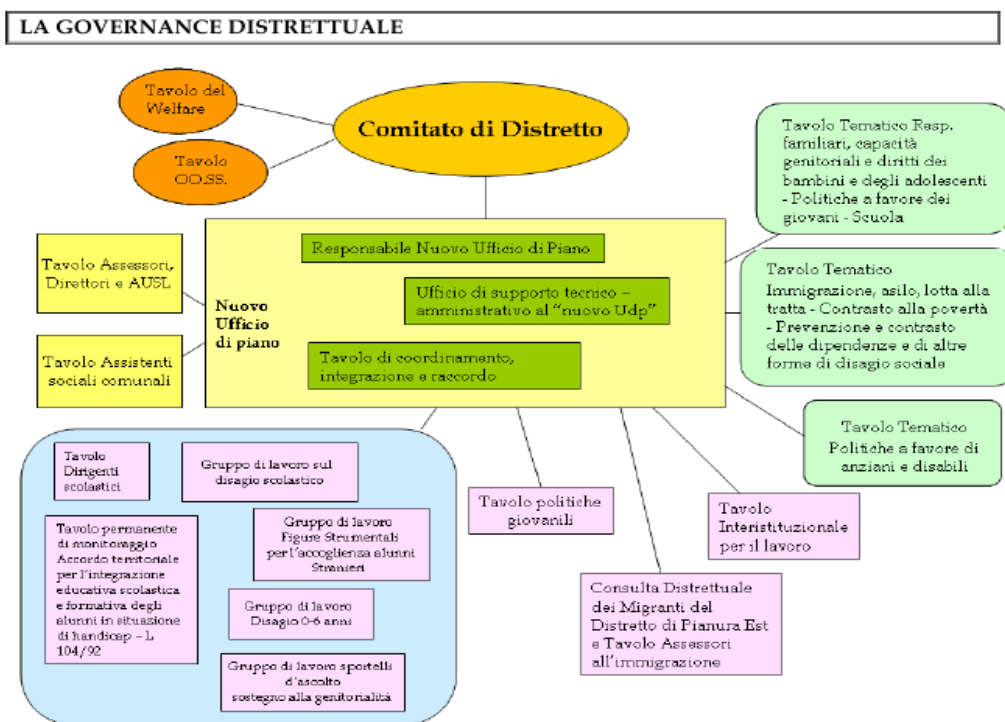
La Giunta Regionale, entro un certo periodo di tempo (sei mesi), fornisce orientamenti

²⁰² Legge 8 novembre 2000, n. 328. *Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Da: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm>

per il lavoro del programmatore locale, nella fase conoscitiva e in quella di predisposizione del Piano di Zona, con linee guida per l'ente gestore in funzione del monitoraggio (osservatorio permanente a livello di distretto socio-sanitario) e della valutazione dei risultati conseguiti. Una volta predisposto, il Piano di Zona viene sottoposto all'approvazione dei consigli Comunali dei Comuni facenti parte dell'ambito territoriale e, quindi, trasmesso alla regione a cura del Sindaco o della Conferenza dei Sindaci. La Giunta Regionale ne verificherà la compatibilità con gli obiettivi di sistema e con gli obiettivi caratterizzati su problemi specifici, definiti dalle direttive del Piano Sociale Regionale.

Dopo l'approvazione da parte della Regione possono essere formalizzati gli accordi e i contratti di programma e quant'altro necessario per la gestione integrata del Piano di Zona. Il Piano approvato, in particolare costituisce il necessario presupposto per la stipula dell'accordo di programma tra comuni, singoli e associati, e l'Azienda ASL di riferimento per quanto attiene alle competenze gestionali relative ai servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria.”²⁰³

Gli attori e il percorso di definizione del Programma Attuativo 2011



Governance del Distretto. (adattato da Piano di Zona Pinura Est)

La Salute Mentale e l'evoluzione dei servizi sul territorio

Anche la storia e le forme dell'assistenza psichiatrica, così come la storia dei servizi sanitari, sono fortemente legate alle realtà politiche dei vari contesti .

Della malattia mentale in Europa tanto è stato scritto, soprattutto a partire dalla critica alla criminalizzazione della malattia mentale e dall'affermarsi del movimento anti-psichiatrico.

²⁰³ I Piani di Zona. Da: <http://www.edscuola.it/archivio/handicap/zona.html>

Molti autori contemporanei si sono dedicati all'analisi della sofferenza mentale e alla costruzione di alternative alle istituzioni manicomiali, sia sul versante strettamente psichiatrico, come Franco Basaglia²⁰⁴, sia su quello più filosofico sociale, come Michel Foucault²⁰⁵.

Il controllo della malattia mentale infatti è avvenuto storicamente anche in Italia in forme molto prossime al regime detentivo carcerario, che vedono emergere solo all'inizio del secolo scorso, con la legge Giolitti del 1904, la prospettiva garantista del paziente che si affianca alla “protezione della società” in virtù della quale il paziente deve comunque essere isolato dalla comunità e privato della libertà personale. L'ospedale psichiatrico si configura quindi come struttura peculiare e atipica rispetto al resto dei luoghi di cura, così come atipici sono i professionisti, sanitari e non, che vi lavorano.

Del resto è del 1976 la prima legge che separa la neurologia dalla psichiatria con l'istituzione di una cattedra universitaria dedicata. La prospettiva medica poggia comunque su una costruzione sociale della malattia mentale quale problema di sicurezza, basti pensare che il ricoverato presso le strutture di salute mentale deve essere iscritto al “Casellario Giudiziario”, perdendo i diritti fondamentali e la possibilità di avere un pubblico impiego e costituendo di conseguenza un'identità stigmatizzata e marginalizzata. E' solo negli anni '70, con il movimento basagliano e la disponibilità di nuovi farmaci, che il movimento di de-istituzionalizzazione comincia a proporre il trattamento della malattia mentale come condizione patologica al pari di quelle di altri organi e apparati, trattabile sul territorio con farmaci appropriati e senza necessità di internamento in strutture di fatto detentive.

Nella stesso clima della riforma sanitaria del '78, e con la legge 180 ispirata proprio al lavoro di Basaglia, si stabilisce il superamento degli ospedali psichiatrici attraverso l'integrazione della malattia mentale negli ospedali generali, dove il trattamento è comunque consentito per brevi periodi e in condizioni particolari (come il Trattamento Sanitario Obbligatorio).

La 180 prevede anche la realizzazione a livello locale di strutture territoriali di cura, recupero e reinserimento, che operano in accordo con altri servizi territoriali, del comparto sociale, sanitario e previdenziale e che coinvolgono il tessuto produttivo e quello del privato sociale.

Il modello di assistenza psichiatrica risultante dovrebbe essere quindi quello di una psichiatria di comunità in cui opera una rete di competenze e profili professionali diversi, coordinati su tutto il percorso di cura che va dalla prevenzione, alla terapia e all'integrazione e che dovrebbe prevedere strutture e professionisti in rete su ogni territorio.

Rispetto a questo modello auspicabile, anche i servizi dell'area psichiatrica si sono dovuti confrontare con il processo prima descritto di frammentazione e compartimentazione del sistema sanitario e di riduzione delle risorse dedicate al welfare, processo che ha lasciato incompiuta la riforma del '78 e problematica la gestione dei pazienti a livello territoriale, vista la mancanza di strutture disponibili.²⁰⁶

²⁰⁴ Basaglia F. (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1980.

²⁰⁵ Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1976.

²⁰⁶ Re E. (a cura di), *I servizi di salute mentale: storia e organizzazione istituzionale*, Università degli Studi di Milano, Istituto di Psicologia della Facoltà Medica, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda Dipartimento di Salute Mentale pubblicazione a diffusione interna ottobre 2006

Da: http://www.personaedanno.it/index.php?option=com_content&view=article&id=25059&catid=129&Itemid=376&mese=09&anno=2007

Il sistema dei servizi in Emilia Romagna

Il sistema di cure psichiatriche e delle dipendenze patologiche dell'Emilia-Romagna rispecchia il percorso di de-istituzionalizzazione e integrazione territoriale dei servizi. È costituito da:

“l’insieme di tutti i servizi pubblici e privati che nel territorio concorrono ai processi di diagnosi, cura, riabilitazione delle persone con disturbi mentali o dipendenze patologiche, di ogni tipo e gravità ed in ogni fase della vita.

Il dipartimento aggrega differenti unità operative tra cui la neuropsichiatria infantile, la psichiatria adulti e ed il Sert per cui viene denominato Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche abbreviato in DSMDP.

I DSMDP delle Aziende USL costituiscono il centro di coordinamento del sistema di cura ed assumono una funzione di garanzia dei processi che provvedono alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale, e delle dipendenze patologiche per l’intero arco della vita. Nel perseguire questa missione il DSMDP presta la propria attenzione al benessere psichico, fisico e sociale della persona, alla sua sofferenza, al suo bisogno di esercitare la sua autonomia in qualunque situazione di diversa abilità, ai disagi ed alle sue aspettative, al rispetto della libertà, della dignità e dell’autodeterminazione. In concreto il DSMDP declina in questo modo la propria missione:

- garantisce l’accesso ai servizi del dipartimento favorendo il superamento di ogni forma di pregiudizio o disuguaglianza, e favorendo la crescita di una cultura che elimini ogni forma di stigmatizzazione;
- produce prestazioni e servizi appropriati, qualificati e centrati sulla persona, favorendo la partecipazione dell’utente alla formulazione ed alla realizzazione del proprio piano di trattamento, ed assicurando la unitarietà e continuità degli interventi con un uso razionale delle risorse;
- garantisce alla utenza di riferimento una presa in cura effettiva, comprendente le sfere sanitaria e sociale, provvedendo direttamente alla erogazione delle prestazioni di pertinenza del dipartimento ed organizzando, quando necessario, l’integrazione con le prestazioni rese da altre UO non dipartimentali od altri enti;
- garantisce la tutela della salute mentale, la cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche per la popolazione ristretta negli istituti penitenziari esistenti nel proprio territorio, sulla base degli accordi stipulati con la Direzione del carcere locale e l’Amministrazione penitenziaria regionale.

[...] Ma l’essere il centro responsabile del coordinamento del sistema di cura non esaurisce la missione del DSMDP, che come detto fornisce il suo contributo al sistema di comunità, all’interno del quale collabora alle politiche di integrazione sociale e sanitaria ed alla promozione della salute mentale della popolazione di riferimento, secondo una concezione allargata al benessere psicologico, relazionale e sociale. Pur non ponendosi come centro coordinatore, ruolo che compete agli Enti Locali mediante le attività del Distretto, il DSMDP svolge nel sistema di comunità alcuni compiti di estrema importanza:

- concorre a garantire, con gli altri dipartimenti, con le altre agenzie preposte all'assistenza socio-sanitaria e sotto il coordinamento del Distretto, la presa in cura di ogni cittadino portatore di bisogni sanitari o socio-sanitari, soprattutto di quello portatore di bisogni multipli o appartenente a nuclei familiari o sociali portatori di disagio;
- concorre a promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia di età, in collaborazione con tutte le altre agenzie sanitarie, sociali ed educative del territorio;
- concorre a tutelare i diritti di effettiva cittadinanza delle persone con disagio psichico, disturbo mentale e dipendenze patologiche;
- valorizza come risorsa dei servizi la partecipazione degli utenti, dei loro familiari, del volontariato, anche riuniti in associazioni;
- partecipa alla vita sociale e culturale della collettività, impegnandosi a promuovere una cultura della eguaglianza, della solidarietà e della non discriminazione, con particolare riferimento ai soggetti con disturbi mentali, disabilità psicofisiche e dipendenze patologiche in ogni età della vita".²⁰⁷

Il Sistema di Emergenza-Urgenza

Dal momento che il sistema di ricovero e trattamento forzato dei pazienti psichiatrici può avvenire a carattere di urgenza, anche se per un periodo limitato, attraverso un Trattamento Sanitario Obbligatorio, l'organizzazione dei servizi dedicati all'area delle emergenze-urgenze è particolarmente delicato.

La normativa definisce in primo luogo emergenza ed urgenza come:

“L'urgenza è una situazione acuta e grave che richiede intervento terapeutico immediato (ad es.: crisi di agitazione o maniacali, crisi deliranti e/o allucinatorie, crisi d'ansia o depressive). L'emergenza è invece una situazione in cui può anche esservi una condizione clinica acuta o grave, ma il cui elemento caratteristico è la rottura di equilibrio con l'ambiente; l'emergenza è legata piuttosto a conflittualità, disagio o disadattamento sociale e richiede spesso interventi di tipo sociale.”²⁰⁸

Successivamente, sempre in accordo con il quadro di valori precedentemente esplicitato:

“Il DSMDP è responsabile della formulazione e della manutenzione di un apposito piano delle emergenze-urgenze in psichiatria e nelle dipendenze patologiche, al quale partecipano anche UU.OO e professionisti esterni al DSMDP. Gli elementi essenziali del piano devono essere:

- prevenzione del maggior numero possibile delle emergenze tramite accorgimenti e personalizzazioni del piano di cura individualizzato per i cittadini presi in carico dai CSM o da altre strutture del DSMDP;
- precisa definizione delle modalità di intervento dei CSM sulle emergenze/urgenze negli orari di apertura programmata;

²⁰⁷ Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011, Dgr 313/2009, da:
<http://www.saluter.it/documentazione/leggi/.../delibere/dgr-313-2009>

²⁰⁸ *Ibidem*

- manutenzione delle procedure di ASO e TSO con tutti i soggetti coinvolti;
- valorizzazione dei luoghi di gestione della emergenza alternativi alla ospedalizzazione (Centri crisi, Day Hospital, RTI);
- precisa definizione degli ambiti di intervento dei servizi di emergenza-urgenza generale (118, guardia medica) negli orari di chiusura dei CSM, garantendo ai suddetti servizi sempre un riferimento telefonico del presidio psichiatrico preposto alla emergenza-urgenza negli stessi orari;
- gestione della emergenza-urgenza tesa alla minore istituzionalizzazione possibile, consentendo l'accesso al SPDC per i casi che richiedono maggiore contenimento e garantendo l'accesso sulle 24 ore ai presidi a minore protezione come le RTI;
- mantenimento delle esperienze dei CSM 24 ore laddove esistenti e possibilità di sperimentarne altri laddove gli aspetti logistici lo consentano.
- organizzazione e manutenzione delle procedure per le emergenze-urgenze per i minori e i soggetti con dipendenze patologiche²⁰⁹

I servizi ospedalieri

Come sopra menzionato, i servizi ospedalieri psichiatrici sono andati integrandosi con i restanti servizi ospedalieri, ma sempre in ragione di ricoveri temporanei e non come unico strumento di gestione della malattia mentale. Coerentemente con la normativa nazionale, la Regione Emilia-Romagna ha una disponibilità di posti letto psichiatrici che non supera 1/10.000 abitanti. I posti letto riservati ai Trattamenti Sanitari Obbligatorii, come prevede la normativa regionale, devono essere disponibili sulle 24 ore e le cure devono essere:

“ispirate alla massima appropriatezza e, per la delicatezza dei compiti che svolgono, che prevedono tra l'altro in alcune occasioni la limitazione della libertà del paziente, devono combinare elevati standard etici e tecnici. Vanno esplicitate le linee di condotta interne e i collegamenti con i servizi esterni, volti a ridurre allo stretto necessario le restrizioni imposte al paziente ed a massimizzare i benefici delle cure prestate in ambito ospedaliero. Ogni forma di limitazione della libertà deve essere rigorosamente formalizzata e i diritti all'informazione del paziente rigorosamente rispettati. Le pratiche di contenimento fisica devono essere limitate ai casi di estrema necessità, nell'esclusivo interesse della incolumità del paziente e delle persone del contesto immediato (altri pazienti, visitatori, operatori ecc.). Devono essere rigorosamente formalizzate, secondo protocolli rivisti periodicamente e regolarmente mantenuti.

[...] Il Centro di Salute Mentale resta il punto di progettazione e coordinamento dei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti con bisogni complessi, anche per tutta la durata della permanenza in residenza. A maggior ragione l'esistenza di un piano riabilitativo personalizzato e verificabile è necessaria garanzia di progettualità condivisa con la persona in cura. In questo ambito va favorita la assunzione di responsabilità di gestione delle strutture anche da parte di professionalità del comparto, trattandosi di strutture nelle quali la componente di attenzione ai bisogni della persona e la realizzazione di piani di trattamento clinico-assistenziale sono preminenti rispetto al

²⁰⁹ *Ibidem*

trattamento della patologia psichiatrica in senso stretto. L'area delle residenze pubbliche e private deve essere sempre meglio integrata nei circuiti dipartimentali e sviluppare sempre più una filosofia di azione basata sulla valorizzazione delle abilità, sull'abitare (contrapposto al mero risiedere), sull'acquisizione di senso e progettualità esistenziale, sulla finalizzazione al rientro a forme ordinarie di residenzialità nella società.²¹⁰

Come si può comprendere, l'organizzazione sul territorio delle cure per la salute mentale è il risultato di un dibattito pubblico, non soltanto sanitario, ma che ha coinvolto generazioni di operatori, gestori, pazienti e comunità e che ha trasformato nel tempo le forme assistenziali e definito i percorsi di accesso alle cure per la salute mentale, caratterizzati oggi da peculiarità esclusive di questo comparto.

La descrizione, seppur sommaria, della normativa regionale e la ricostruzione dei processi che l'hanno generata serve nell'economia della ricerca a dare rilievo ad alcuni aspetti, importanti per l'analisi delle storie dei pazienti e per la comprensione delle loro storie di vita.

L'assistenza nell'area della salute mentale si confronta con un passato di stigma e pericolosità del malato che, come menzionato, ha connotato fortemente e per secoli l'organizzazione delle strutture dedicate. Il segno di questa lunga storia pervade ancora il contesto sociale e ha ripercussioni sulla legislazione, sugli operatori e sui servizi che con questo stesso passato devono confrontarsi.

Tanto è vero che la normativa regionale più volte richiama i valori etici del trattamento al pari dei migliori standard professionali, come per esempio riportato nel paragrafo precedente: [le cure ospedaliere] “ispirate alla massima appropriatezza e, per la delicatezza dei compiti che svolgono, che prevedono tra l'altro in alcune occasioni la limitazione della libertà del paziente, devono combinare elevati standard etici e tecnici.”

Altra caratteristica da sottolineare nell'economia del lavoro è l'alto livello di integrazione nell'organizzazione dei servizi di salute mentale, visto che la de-istituzionalizzazione ha operato una forte spinta alla de-ospedalizzazione, ma anche una certa de-medicalizzazione dei pazienti. L'integrazione strutturale tra servizi e la compartecipazione dei saperi hanno consentito da più lungo tempo nell'area della salute mentale l'inquadramento della malattia nelle dimensioni che la salute pubblica definisce “determinanti sociali”. In questo contesto è quindi più facile per gli operatori che lavorano con strumenti multi-disciplinari comunicare e interagire con gli altri professionisti dei servizi proprio per l'abitudine al confronto con prospettive e saperi differenti.

L'integrazione tra servizi, infine, ha anche modificato le risorse messe in campo per la cura. E' importante rilevare come, a una lettura multipla dei fattori di rischio per la salute, in area psichiatrica sia operativa da tempo una strategia terapeutica che prevede interventi sul versante delle reti sociali, del reinserimento comunitario, del lavoro e dell'assistenza economica. Non senza una certa avventatezza, si potrebbe affermare che il modello assistenziale per la malattia mentale è in questo momento uno dei modelli più avanzati della sanità italiana e non rappresenta la norma nella presa in carico per gli altri servizi di salute. Inoltre, i servizi di salute mentale possono mettere in campo risorse di tipo economico, lavorativo, abitativo e sociale, che se pur residuali e limitate rappresentano nel panorama della crisi economica attuale una possibilità di sostegno al reddito e di stabilizzazione sociale, specie per quella parte di popolazione più fragile.

L'analisi dei servizi e della loro costruzione servirà quindi a comprendere le strategie di cura e i comportamenti dei pazienti che sono afferiti al Centro di Consultazione, e saranno quindi parte strutturante della Consultazione Stessa.

²¹⁰ *Ibidem*

Pianura Est tra spazio determinato e spazio determinante:

La domanda “Per quale motivo 15 comuni della provincia bolognese diventano ad un certo punto il Distretto socio-sanitario Pianura Est?” ha quindi rappresentato un ottimo pretesto e uno spunto prezioso per ripensare lo spazio in cui il Centro di Consultazione ha operato.

La ricostruzione delle forze e dei processi che agiscono sul territorio è stata svolta con strumenti e materiali appartenenti prevalentemente alla storia della salute pubblica e attraverso la prospettiva della salute globale. Come già osservato, a partire dal materiale bibliografico raccolto sono stati ricostruiti gli elementi essenziali e le tappe del processo di riforma dei servizi sanitari, in Italia e nella regione Emilia-Romagna. Le informazioni raccolte sono state successivamente sottoposte al confronto con quadri teorici disciplinari differenti. L'analisi del contesto si è ispirata alla nozione di spazio eco-sociale della Krieger, utilizzando il concetto di incorporazione²¹¹, alla luce di un approccio “geograficamente ampio” e “storicamente profondo”, mutuato da Farmer²¹². E' stato possibile ripercorrere a ritroso la storia del servizio individuandone in maniera operativa le principali forze istituenti, utilizzando fonti informative multiple che hanno coinvolto la salute pubblica, l'economia, la storia, le scienze politiche e la salute globale. L'obiettivo del lavoro è stato analizzare criticamente le trasformazioni del sistema sanitario locale, in maniera coerente con i processi globali in cui è inserito. Dal punto di vista teorico, anche in questa analisi si è confermato quanto le forze che agiscono sui servizi, sul territorio e sulle persone che lo abitano siano largamente sovrapponibili, e come sia più fruttuoso pertanto tentare di mantenere collegate le analisi sui differenti attori. Allo stesso modo, utilizzando ancora il quadro dei determinanti sociali, proprio dallo studio delle trasformazioni del sistema possiamo comprendere una parte dei fattori iscritti nelle strutture sociali, politiche ed economiche che influenzano la salute e la sua distribuzione differenziale nella popolazione^{213 214 215}.

Uno spunto interessante nello studio delle interazioni tra Distretto e riforme dei sistemi sanitari è venuto dall'uso combinato del *framework* delle interazioni micro-macro proposto da David Legge²¹⁶ e della teoria Eco-Sociale delle Krieger. Una delle questioni centrali nel discorso di Legge sulle interazioni micro-macro è la valutazione di come e quanto le esigenze che guidano i cambiamenti a livello macro rispondano alle preoccupazioni e ai bisogni della persone che vivono il livello micro. Legge segnala come questo scollamento tra livelli possa generare effetti negativi sulla soddisfazione dei bisogni locali e sull'agentività dei soggetti, due fattori che, come abbiamo visto dal quadro dei determinanti sociali, hanno effetti negativi sulla salute. I processi e le riforme del sistema sanitario degli anni '90, stando agli elementi raccolti, sembrano riprodurre sul territorio questo tipo di fenomeno: in un periodo di crisi economica e politica la razionalizzazione del sistema sanitario, governata da esigenze sovra-locali, ha esitato in una separazione della *governance* dei servizi dalle istituzioni territoriali. Uno degli effetti principali di questa separazione è stata la discontinuità nell'erogazione dei servizi a causa della mancanza di uno spazio di concertazione locale, producendo a sua volta effetti negativi sulla continuità delle cure e sull'integrazione tra servizi sociali e sanitari, tra risorse familiari e comunitarie. Emerge, dunque, come elemento di

²¹¹ Krieger N., 2011, op. cit. pp. 205-213.

²¹² Farmer P., *Sofferenza e violenza strutturale*, 2003, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006, pp. 265-302.

²¹³ Marmot M., Wilkinson R., *Social determinants of health: The solid facts*, World Health Organization, Geneva, 1998.

²¹⁴ Benzeval M., Judge K., Whitehead M., *Tackling inequalities in Health: An agenda for action*, King's Fund, London, 1995.

²¹⁵ Krieger N., *Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?* Soc Sci Med, 1994; 39:887-903.

²¹⁶ Legge D., Gleeson D.H., Wright M., et alii, 2007, op. cit.

interesse per la ricerca, una connotazione del Distretto di Pianura Est come ricomposizione geografica a fini amministrativi e come spazio di contatto e contrattazione tra i diversi attori e le diverse esigenze. La stesura del Piano di Zona rappresenta di fatto il momento e il luogo della negoziazione.

Inoltre, riprendendo la teoria frattale delle Krieger²¹⁷ e le strutturazioni di Giddens²¹⁸ specificatamente in relazione all'agentività dei soggetti, possiamo considerare i *pattern* di comportamento degli individui a livello locale come per lo meno informati se non riproduttori dei *pattern* delle strutture sociali sovrastanti. In un contesto in cui, come trattato nei capitoli precedenti, uno dei temi più urgenti a livello di politiche di salute pubblica internazionale è l'aumento delle disuguaglianze, una questione rilevante di analisi diventa lo studio dei modelli di produzione delle disuguaglianze a livello locale, focalizzando l'attenzione sia sugli effetti dei processi sovra-locali sulla salute e sulle disuguaglianze in salute, sia sugli effetti dei medesimi processi sui comportamenti locali. Infine, sempre seguendo l'impostazione della teoria delle interazioni micro-macro di Legge, un elemento di interesse per la ricerca è la valutazione degli effetti delle azioni implementate volte al contrasto delle disuguaglianze, attraverso saperi localizzati nelle pratiche dei servizi, degli operatori e degli utenti, articolandoli con le dimensioni macro.

L'analisi dei diversi livelli può essere sommariamente e per comodità riassunta in tre differenti ambiti concettuali, che possiamo intitolare: il Distretto come spazio determinato; il Distretto come spazio di interazioni; il Distretto come spazio determinante.

Il Distretto come spazio determinato:

Attraverso la chiave di lettura delle tensioni processuali è possibile rilevare e inquadrare il Distretto di Pianura Est come spazio di negoziazione nell'organizzazione dei servizi, in cui le identità del sindaco, del lavoratore, dell'utente, dell'abitante sono legittimate dalle necessità di allocazione e di razionalizzazione delle risorse, e di soddisfazione dei bisogni. Il Piano di Zona, quindi, è uno spazio di incontro tra le *buone pratiche possibili e le buone pratiche necessarie*. Questa tensione si manifesta continuamente nelle dinamiche di "Aziende Usl o Aziende Ospedaliere" che nello scenario di crisi economica si trovano a dover garantire contemporaneamente il pareggio di bilancio e i Livelli Minimi di Assistenza; emerge nel più ampio quadro del diritto alla salute sancito costituzionalmente e nel dualismo che si manifesta nel controllo politico dei servizi (in passato strumento di propaganda partitica), ma allo stesso tempo indispensabile per includere il territorio nei processi decisionali e nell'allocazione delle risorse.

Abbiamo scelto quindi una rappresentazione del Distretto come campo dell'aggregazione, come territorio sociale di frontiere multiple, in cui il tavolo di concertazione dei Piani di Zona diventa il luogo in cui le tensioni si manifestano e devono essere gestite.

Il Distretto come spazio di interazioni:

Le esigenze amministrative e la necessità di un spazio di integrazione rendono il Distretto di Pianura Est un dispositivo istituzionale di mediazione e di interazione: "I Distretti rappresentano l'articolazione territoriale fondamentale dell'Azienda USL: la loro *mission* è di assicurare a tutti i cittadini l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso il coordinamento

²¹⁷ Krieger N., 2011, op. cit., pp. 227-228.

²¹⁸ Giddens A., *La costituzione della società. Lineamenti di teoria della strutturazione*, Edizioni di Comunità, Milano, 1990, pp. 5-28.

delle attività proprie e il raccordo con le articolazioni delle altre macro-gestioni aziendali che insistono sul territorio”²¹⁹ e attraverso i Piani di Zona per il Benessere e la Salute vengono perseguiti “la promozione del benessere, [...] ricercando l’integrazione delle politiche sociali con le politiche sanitarie e, allo stesso tempo, di queste con le politiche ambientali, urbanistiche abitative, formative, occupazionali e culturali”²²⁰. Il Distretto, quindi, si configura come laboratorio per la produzione di significati e pratiche locali, che tracciano e seguono traiettorie risultanti dalle complesse interazioni locali. Come vedremo in seguito, il Centro di Consultazione si è collocato in questo spazio di relazioni. Tornando al paradigma eco-sociale della Krieger e alla teoria frattale, nel prossimo capitolo alla descrizione del territorio si affiancherà la ricostruzione delle rappresentazioni delle persone rispetto alla relazione con lo stesso. L’intento è di analizzare come gli stessi fattori che hanno plasmato il territorio in qualche modo incidano e vincolino il comportamento delle persone che lo abitano, attraverso la produzione di senso e il valore politico, economico e sociale che decisori locali e servizi assumono in quello specifico contesto, in un’ottica comparata con altri territori regionali, nazionali ed internazionali.

Pianura Est, quindi, è un soggetto produttore e non soltanto un campo di ricerca o uno spazio di lavoro ed è con i dispositivi locali di governo di Pianura Est che il Centro di Consultazione deve interagire per poter essere autorizzato, legittimato e finanziato per operare.

Il Distretto come spazio determinante:

In termini di salute pubblica mantenere l’analisi del contesto del Distretto come campo d’azione delle forze macro e delle interazioni locali serve a mettere a fuoco i determinanti sociali di salute più strutturali, creando una trama continua in cui la descrizione del territorio acquista una dimensione prospettica, sovra-locale e storica. Questa strategia, come vedremo, si rivela molto produttiva nell’individuare in maniera coerente fattori e processi che hanno effetto sulla salute, a partire dall’intuizione della teoria frattale della Krieger, secondo cui esiste una continuità tra le forze e i processi che plasmano il territorio e quelle che agiscono sui servizi e sugli individui.

²¹⁹ Ausl Bologna. I Distretti: partecipazione e accesso. Da: <http://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/distretti>

²²⁰ Provincia di Bologna. Piani di Zona per la Salute e il Benessere Sociale. Da: <http://www.provincia.bologna.it/sanitasociale/Engine/RAServePG.php/P/290311180908/>

Descrivendo Pianura Est tra misurato e percepito

Come specificato nel capitolo precedente, lo spazio del Distretto di Pianura Est è stato indagato attraverso i processi che lo definiscono, le sue istituzioni, la rappresentazione che le istituzioni danno del territorio, le pratiche e le percezioni dei suoi abitanti.

Abbiamo tentato di ricostruire la mappa dei determinanti di salute nel distretto, indagando specificatamente le dimensioni con una più stretta attinenza con la salute dei migranti. Le metodologie, ancora una volta provenienti da ambiti disciplinari differenti, hanno visto affiancati l'utilizzo di banche dati primarie e secondarie, la consultazione di rapporti e materiali prodotti dagli attori istituzionali e del privato sociale insieme alla raccolta delle narrazioni degli abitanti del territorio, degli utenti e dei professionisti intervistati o incontrati nelle riunioni preliminari all'attività di consultazione.

Il risultato è stato una matrice dialogica che ha tentato di ricostruire una trama narrativa multi-livello in cui tutte le rappresentazioni sono trattate come materiale empirico da interpretare e valutare.

Per fedeltà alla metodologia di lavoro impiegata, di seguito si riportano l'analisi di dati e materiali compiuta nel corso della mappatura del territorio e le riflessioni sviluppate durante tale fase preliminare. Tali considerazioni hanno poi orientato le traiettorie di indagine del territorio e contribuito alla ricostruzione delle caratteristiche campo di ricerca.

Il Distretto di Pianura Est e le sue rappresentazioni

Il Distretto di Pianura Est comprende 15 comuni nella fascia nord-orientale della Provincia di Bologna: Argelato, Baricella, Bentivoglio, Budrio, Castel d'Argile, Castel Maggiore, Castenaso, Galliera, Granarolo Emilia, Malalbergo, Molinella, Minerbio, Pieve di Cento, S. Giorgio di Piano, S. Pietro in Casale. Confina ad ovest con il distretto di Pianura Ovest a nord con il comune di Ferrara, ad est con il distretto di Imola ed a sud con quello di Bologna e San Lazzaro.



Fonte:
<http://www.provincia.bologna.it/sanitasociale/>



Fonte: <http://www.ausl.bologna.it>

Geografia demografica

I comuni con la maggiore distribuzione di popolazione (superiore a 15.000 abitanti) sono Molinella, Budrio e Castel Maggiore, seguiti da Castenaso e Granarolo nella fascia a ridosso dell'area urbana e San Pietro in Casale al centro del Distretto, con un numero di abitanti compreso tra 10.000 e 15.000. La distribuzione e la concentrazione degli immigrati regolari ricalcano quelle della popolazione generale.

Da questo quadro è possibile tracciare alcuni scenari rispetto all'accesso degli stranieri ai servizi socio-sanitari. Un primo spunto di riflessione è legato alle relazioni con il territorio degli abitanti della fascia immediatamente a nord rispetto a quella metropolitana (Castel Maggiore, Granarolo, Castenaso, Budrio), in tal senso è rilevante capire se essi abbiano un rapporto privilegiato e reti di collegamento più sviluppate con l'area urbana di Bologna rispetto a quelle del Distretto di Pianura, sia per il settore del lavoro, sia per la fruizione dei servizi socio-sanitari. Questo, infatti, potrebbe tradursi in una loro sotto-rappresentazione nei servizi, specialmente sanitari, della pianura e in una scarsa registrazione degli immigrati nei dati sanitari.

Infine, più isolati sembrano i comuni della fascia a nord, confinanti con la provincia ferrarese: anche in questo caso, sarebbe necessario valutare il peso del polo urbano di Ferrara nei percorsi diagnostico-terapeutici degli abitanti di questi comuni.

Popolazione generale

La popolazione del Distretto di Pianura est è di 150.942 persone. Dal punto di vista demografico, in questo territorio stiamo assistendo a due dinamiche importanti: da un lato, l'aumento della popolazione sotto i 14 anni, frutto della ripresa del tasso di natalità nell'ultimo decennio, dall'altro l'invecchiamento della popolazione con una quota sempre più consistente di grandi anziani (sopra i 74 anni), frutto dell'aumento dell'aspettativa di vita. Queste due dinamiche agiscono sulla fascia centrale della popolazione, quella produttiva, sia dal punto di vista demografico, con una riduzione percentuale della stessa, sia dal punto di vista socio-economico, perché il crescente carico in termini di welfare ricade su una parte relativamente ridotta di popolazione.

Tuttavia, nel distretto di Pianura Est la coesione sociale basata sulla famiglia rimane abbastanza forte. La larga maggioranza di nuclei familiari è costituita da entrambi i genitori con figli; le famiglie uni-personali costituite da anziani soli con età superiore a 74 anni sono il 9,8%, dato inferiore alla media provinciale (13,3%).²²¹

Il trend demografico delineato sta modificando i bisogni della popolazione.

Da un lato, infatti, crescono gli anziani, gli anziani soli e la disabilità correlata alla vecchiaia, con un aumento delle richieste di assistenza domiciliare continua, professionale e non (ADI e badanti) e di soggiorni temporanei in case protette per disabili; dall'altro persiste l'esigenza di assistenza e supporto alla genitorialità, *in primis* con la crescente domanda di posti in asili nido e scuole materne, che attualmente risultano insufficienti.

Le richieste di iscrizione alle scuole, dalla materna alla secondaria superiore, sono aumentate esponenzialmente.

²²¹ Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale, 2009-2011. Da: [http://www.comune-san-pietro-in-casale.bo.it/nuovo%20sito/nuovi%20docs/Piani di zona/piano%202009/PIANO%20TRIENNALE%202009%20-%202011.pdf](http://www.comune-san-pietro-in-casale.bo.it/nuovo%20sito/nuovi%20docs/Piani%20di%20zona/piano%202009/PIANO%20TRIENNALE%202009%20-%202011.pdf)

Popolazione immigrata

La popolazione immigrata presente nel Distretto di Pianura Est è di 10.901 persone, il 7,2% della popolazione totale (dati al 31.12.08), percentuale al di sotto di quella provinciale, ma in costante e continua crescita. È costituita dal 50% di donne e il 25% del totale sono minori (0-15 anni), di cui il 17% nato in Italia e totalmente integrato nei percorsi formativi locali, indice di un radicamento forte delle famiglie immigrate.²²² Questo dato sottolinea il problema di una parte rilevante della popolazione immigrata (le cosiddette “seconde generazioni”) che, per percorso di vita, si percepisce parte del sistema italiano e pertanto ha o avrà presto aspettative educativo-lavorative simili alla popolazione autoctona, ma che, a causa della legislazione, si troverà al compimento della maggiore età davanti alle difficoltà connesse alle normative in materia di permesso di soggiorno e alla problematicità di inserirsi nel mondo del lavoro, sperimentando un forte contenimento alla propria capacità d’azione.

L’immigrazione regolare del distretto è in buona parte costituita da soggetti provenienti da altri comuni italiani; questo fenomeno è riconducibile a problematiche burocratiche per l’ottenimento del permesso di soggiorno: in alcuni casi, è possibile che gli immigrati dichiarino una residenza differente dal reale domicilio e, una volta in regola con i documenti, la modifichino; un altro fattore importante è l’elevato grado di mobilità, legato al mercato del lavoro e al ricongiungimento familiare (con l’arrivo delle famiglie cambiano le esigenze abitative, economiche e dei servizi).

Il Comune con la più alta incidenza di popolazione straniera sul totale è Galliera (10%), mentre quello con il maggior numero di stranieri in termini assoluti è San Pietro in Casale; al di fuori di Castenaso (comune con la minor incidenza di immigrati, che non raggiunge il 5%), gli altri si situano lungo una scala che va dal 5% al 9% di stranieri rispetto alla popolazione totale.²²³

Per quanto riguarda le provenienze degli stranieri, le prime dieci sono: Marocco, Romania, Albania, Pakistan, Tunisia, Cina, Ucraina, Moldavia, Polonia, Bangladesh.

Analizzando questi dati, è emerso come i marocchini e i tunisini rappresentino, insieme, una parte cospicua della popolazione straniera: la comune origine nordafricana può portare a supporre che queste persone possano mostrare esigenze affini relativamente agli usi, alla preghiera, alla religione (es. macellazione) e simili caratteristiche linguistiche.

Il documento “*Migrazione nel distretto di Pianura Est*” (LAI-MOMO), inoltre, ha messo in luce l’esistenza di concentrazioni di specifiche nazionalità in certi comuni: a Castel Maggiore la comunità cinese, a Granarolo quella albanese, a Molinella la pakistana e a Pieve di Cento la tunisina. Sarebbe pertanto interessante capire se esistono delle motivazioni, e quali, di questa distribuzione preferenziale.²²⁴

Popolazione immigrata irregolare

Data la mancanza assoluta di dati ufficiali relativi al fenomeno dell’immigrazione irregolare, vengono qui presentati dei dati indiretti, nel tentativo di approssimare una stima.

A questo proposito, da un’analisi del numero di domande presentate nei Decreti Flussi del 2007, si rileva come quelle pervenute per la provincia di Bologna fossero ventiduemila, corrispondenti a quasi il 30% degli stranieri allora residenti²²⁵.

²²² Dossier Pianura Est, *Immigrazione nel Distretto Pianura Est. Presenze, ombre e luci dal territorio*, N. 3, Novembre 2009, p.5.

²²³ *Ibidem*, p. 9.

²²⁴ *Ibidem*, p. 13.

²²⁵ *Ibidem*, pp. 16-17.

Considerando che nella realtà la quasi totalità delle domande è stata presentata dalle stesse persone già presenti nel territorio nel tentativo di regolarizzare la propria posizione lavorativa, è emerso come, rispetto al panorama nazionale, nel contesto bolognese si sia registrato un tasso di irregolarità più elevato rispetto ad altre città. Si presume che ciò sia dovuto al fenomeno del badantato, caratterizzato da una elevata quota di lavoro sommerso.

All'interno del Distretto di Pianura Est al momento gli unici dati di riferimento sono quelli sanitari, ricavati da un'analisi dei registri SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) dei principali centri ospedalieri del territorio. L'indagine ha permesso di rilevare come negli ultimi anni una quota di popolazione irregolare abbia effettivamente avuto accesso alle strutture, deducendo quindi una concreta presenza sul territorio.

L'assenza di dati esaustivi che permettano di quantificare e caratterizzare questa fascia sommersa di popolazione si traduce in una sottostima del fenomeno all'interno delle strutture socio-sanitarie del Distretto, come confermato da diversi incontri con figure chiave istituzionali:

“L'area dell'irregolarità appare sommersa: nessuno ne parla, nessuno possiede informazioni, qualcuno dice che non è una situazione che sussiste sul nostro territorio”

“L'unica alternativa possibile per reperire informazioni sembra essere quella di rivolgersi ad una “potenziale irregolarità” che deriva dalla fase preliminare in cui molti stranieri si trovano, causa perdita del lavoro”.

Sembra quindi sensato approfondire l'indagine proprio verso quella fase finestra, caratterizzata dalla perdita del lavoro e dalla ricerca di un nuovo impiego entro la scadenza del permesso di soggiorno. Condizione che nell'attuale contesto di crisi sempre più migranti si trovano a fronteggiare.

Quadro socio-economico

Rispetto a quanto emerge dai rapporti analizzati si rileva un cambiamento nella distribuzione delle risorse. Infatti, benché i tassi di disoccupazione siano in linea con la media provinciale, specifiche sacche di popolazione si stanno progressivamente impoverendo e la ricchezza si sta concentrando nelle mani di pochi. Sono aumentati i contratti atipici e a tempo determinato e si sono intensificate le difficoltà economiche del ceto medio, soprattutto per il mantenimento dell'abitazione. Risultano contrastanti i dati sull'occupazione delle donne, infatti mentre alcuni dossier mettono in luce la loro esclusione dal mercato del lavoro, altri sostengono invece che si stia assistendo a un forte cambiamento dell'assetto familiare, dato dall'inattività degli uomini causata dalla crisi e dall'inserimento delle donne sul mercato del lavoro come assistenti familiari, colf e baby sitter. Le risorse destinate al welfare negli ultimi anni sono diminuite e i più recenti tagli governativi hanno ulteriormente indebolito i servizi gestiti dai comuni, impattando dunque sulla capacità dei singoli di reagire alla crisi economica.

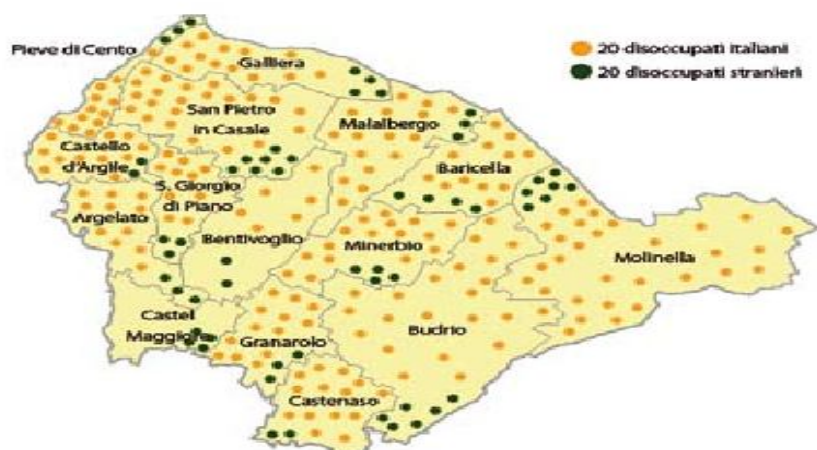


Fig. 11 - Persone con Dichiarazione di Immediata Disponibilità (DID) aperta al 30-06-2008 – Italiani e stranieri

Fonte: Dossier Pianura Est, *Immigrazione nel Distretto Pianura Est. Presenze, ombre e luci dal territorio*, N. 3, Novembre 2009, p. 24.

La crisi e il territorio

Il territorio ha avviato negli ultimi anni una politica di grosse trasformazioni del welfare locale dando piena attuazione alla Legge Regionale 2/2003 (“Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”) che incentiva l’integrazione tra servizi sociali e sanitari e prevede procedure per l’accreditamento di strutture private. Lo strumento dell’accreditamento è emerso come necessità a fronte del processo di esternalizzazione dei servizi ed è finalizzato ad individuare i servizi e le strutture idonee ad erogare e condurre determinate committenze socio-sanitarie:

“Nell’arco del prossimo triennio intendiamo procedere con l’implementazione del sistema di accreditamento dei servizi socio sanitari e con la realizzazione di una programmazione concertata delle risorse finanziarie del fondo regionale per la non autosufficienza e delle altre risorse disponibili. Dando atto che i Comuni continueranno a sostenere il welfare di comunità individuando le priorità e favorendo le persone fragili, maggiormente svantaggiate ed a rischio di esclusione sociale.”²²⁶

Quindi, a seguito di necessità espresse nella programmazione territoriale a cui il comune non riesce a sopperire con mezzi propri, questo si impegna a individuare “soggetti” esterni, che dimostrati i requisiti di idoneità possano farsene carico. Tali premesse spiegano la commistione di servizi pubblici e privati sul territorio, sia per quanto riguarda i servizi dedicati all’immigrazione che non. Su questa struttura organizzativa territoriale ha fortemente pesato l’attuale crisi economica e finanziaria che ha imposto tagli sulle risorse destinate alle spese territoriali dei servizi socio-assistenziali. I Comuni, che avevano fatto fronte con risorse proprie ai tagli precedenti attraverso l’utilizzo di proventi straordinari come quote di Oneri di Urbanizzazione, accertamenti tributari e

²²⁶ Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale, 2009-2011, op. cit., p. 141.

proventi da partecipazioni azionarie, si trovano oggi in forte difficoltà a farsi carico delle accresciute richieste e dei bisogni dei residenti, come emerge anche dall'incontro con il responsabile dell'Ufficio di Piano :

“I comuni sono nel pallone, la situazione è sfuggita di mano, è precipitata. Rispetto ai tagli i comuni non si sono resi conto di aver fatto un grosso errore: quando lo Stato tagliava, loro hanno tamponato. I nostri amministratori hanno questa attitudine: quando si presenta un problema fanno uno sforzo e sopperiscono con risorse locali. Adesso non è più possibile tamponare e la situazione sta precipitando, da un lato perché non ci sono i soldi, dall'altro perché ad un tratto ci si trova in difficoltà e sembra che la crisi sia colpa degli amministratori locali”.

La riduzione delle risorse disponibili in termini di lavoro e di servizi offerti accresce inoltre la concorrenza nell'accesso agli stessi tra le classi sociali medio-basse della popolazione, sia italiana che immigrata. Questo, da un lato, crea notevoli problemi ai servizi in termini di risposta alle richieste dei cittadini, come riferito da un dirigente di servizio:

“C'è una gran guerra tra i servizi che non hanno le risorse e si scaricano i problemi l'un l'altro senza risolverli”

e dall'altro alimenta una conflittualità sociale destinata a inasprirsi nel tempo e fautrice di dinamiche discriminatorie, che colpiscono un territorio caratterizzato comunemente da solidarietà ed equità sociale, espressa nel moltiplicarsi di associazioni e iniziative a sostegno della popolazione straniera e a favore dell'integrazione sociale.

La crisi, la casa e il lavoro

Casa e lavoro sono due determinanti di salute particolarmente importanti perché influenzano e sono influenzati da una serie di altri fattori di rischio, dal reddito agli incidenti sul lavoro, dalla classe sociale di appartenenza all'inclusione sociale. Il lavoro e la casa sembrano essere due aree particolarmente critiche sul territorio di Pianura Est.

In parallelo, all'aumento della disoccupazione e all'aumento dei contratti atipici e a tempo determinato si sono intensificate le difficoltà economiche del ceto medio, soprattutto per il mantenimento dell'abitazione. Dall'analisi dei Piani di Zona si evidenzia la crisi di una politica della casa basata da un lato su di una rigida ripartizione tra interventi per la tradizionale “fascia sociale” e regime di mercato, dall'altro su un mercato sempre meno accessibile anche per fasce crescenti del cosiddetto “ceto medio” e incapace di fornire un'offerta di alloggi in affitto a prezzi competitivi: già nel 2002 a Bologna l'affitto di un alloggio di 80 m² assorbiva l'equivalente del 43% di un salario medio (valutato attorno ai 1.300 €)²²⁷.

Dal 2003 al 2006 sono aumentate del 43% le richieste di sussidio al Fondo Sociale Affitti e le richieste per ottenere un'abitazione di edilizia pubblica; la crescente crisi abitativa è ulteriormente sottolineata da alcune considerazioni del Comitato Interistituzionale che hanno previsto un rapido e significativo intensificarsi del disagio abitativo, alla luce delle condizioni economico-sociali della popolazione. Quanto emerge dai documenti già elaborati viene confermato anche dai colloqui che evidenziano la problematicità e l'urgenza della questione abitativa:

“la casa è la vera emergenza, più che il lavoro” e le sue sfumature sottese: “è pieno di case sfitte, ma o gli immigrati non se le possono più permettere o non gliele affittano”

²²⁷ *Ibidem*, p. 128.

o ancora da alcuni racconti raccolti sul territorio rispetto alle esperienze di alcuni signori pakistani della zona di Molinella, che dopo aver pagato mutui al 100%, si vedevano costretti a vendere la casa, a causa della perdita del lavoro.

La seconda area critica è appunto il lavoro: oltre alla diminuzione dei posti di lavoro regolati da contratto diventa molto difficoltoso anche trovare lavori in nero. Non sono ancora disponibili dati quantitativi o stime rispetto alla dimensione del fenomeno. Attraverso il contatto con gli Sportelli Lavoro è stato tuttavia possibile valutare il numero di disoccupati iscritti ai Centri per l'impiego, come presentato nella tabella sottostante. Nel Distretto Pianura Est il rapporto tra italiani e stranieri privi di occupazione ed in cerca di lavoro è di 4 a 1²²⁸; e questi ultimi corrispondono al 13,6%, degli stranieri in età da lavoro (15-64 anni) presenti nel territorio. Il dato va letto alla luce del confronto con i dati regionali relativi agli italiani (3,4%) e alla luce della principale motivazione della migrazione e del soggiorno nella zona, cioè la ricerca di un'occupazione. Il dato potrebbe inoltre essere sottostimato in quanto solo gli stranieri con permesso di soggiorno possono accedere a questo tipo di servizio.

| Comune | Italiani | Stranieri | Totale | Stran/Tot % |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|-------------|
| Argelato | 240 | 51 | 291 | 17,5 |
| Baricella | 234 | 75 | 309 | 24,3 |
| Bentivoglio | 112 | 35 | 147 | 23,8 |
| Budrio | 466 | 124 | 590 | 21,0 |
| Castenaso | 281 | 35 | 316 | 11,1 |
| Castello d'Argile | 218 | 44 | 262 | 16,8 |
| Castel Maggiore | 455 | 86 | 541 | 15,9 |
| Galliera | 231 | 79 | 310 | 25,5 |
| Granarolo | 253 | 53 | 306 | 17,3 |
| Malalbergo | 325 | 61 | 386 | 15,8 |
| Minerbio | 322 | 83 | 405 | 20,5 |
| Molinella | 604 | 149 | 753 | 19,8 |
| Pieve di Cento | 237 | 65 | 302 | 21,5 |
| S. Giorgio di Piano | 205 | 61 | 266 | 22,9 |
| S. Pietro in Casale | 435 | 135 | 570 | 23,7 |
| Tot Distretto | 4.618 | 1.136 | 5.754 | 19,7 |
| Tot Provincia | 38.835 | 14.404 | 53.339 | 27,0 |

Fonte: Nostra elaborazione su dati dell'Archivio SILER Servizio politiche attive del lavoro e formazione –Provincia di Bologna

Tab. 12 - Persone con Dichiarazione di Immediata Disponibilità (DID) aperta al 30-06-2008 nel Distretto Pianura Est e in Provincia di Bologna, Italiani e stranieri. Dati in valore assoluto

Fonte: Dossier Pianura Est, *Immigrazione nel Distretto Pianura Est. Presenze, ombre e luci dal territorio*, N. 3, Novembre 2009, p. 24

Un'eccezione al panorama appena descritto potrebbe essere rappresentata dal mondo femminile: le donne infatti sembrano essere presenti nel mercato del lavoro come “badanti”, collaboratrici domestiche o bambinaie. Secondo questa “traiettoria del genere”, vanno comunque ulteriormente indagate le tipologie di lavoro, le occupazioni e le forme di contratto, quale sia il livello di apprendimento e di utilizzo della lingua italiana, a quali servizi accedono, quale conoscenza hanno del territorio.

La risposta delle istituzioni alle problematiche lavorative territoriali si esplica sostanzialmente nell'erogazione di alcuni servizi dedicati, come gli Sportelli Lavoro, presenti in ogni Comune con un servizio pubblico di “collocamento lavorativo” e coordinati dal Centro per l'Impiego (CIP) di

²²⁸ Dossier Pianura Est, *Immigrazione nel Distretto Pianura Est. Presenze, ombre e luci dal territorio*, op. cit. p. 24.

Minerbio, o ancora attraverso servizi di orientamento per l'impiego e formazione professionale, sia per italiani che per immigrati. Ne sono un esempio Futura, Cefa e Irecoop (Istituto Regionale per l'Educazione Cooperativa). E' stato inoltre costituito un Fondo Distrettuale per sostenere le borse lavoro (in collaborazione con le associazioni territoriali) e sono stati concessi prestiti d'emergenza, microcredito e agevolazioni tariffarie, misure in ogni caso non risolutive rispetto alla numerosità delle richieste.

L'ambito del lavoro emerge come problematico non solo in merito alla capacità di produrre reddito e quindi di incidere sul benessere o sulla povertà, ma anche in relazione al rischio di infortuni sul lavoro, che nei migranti è doppio rispetto agli italiani, come rilevato da un'indagine regionale nel comparto metalmeccanico²²⁹. Questo ci informa dell'esistenza di disuguaglianze in ambito lavorativo che potrebbero essere informate da processi più o meno espliciti di discriminazione che gravano sulle classi sociali più vulnerabili, attraverso lo sfruttamento e l'esposizione a rischi dei lavoratori. Per una valutazione più completa occorrerebbero indagini più approfondite all'interno delle banche dati relative agli infortuni sul lavoro.

Le reti sociali

È stata eseguita una mappatura dei luoghi religiosi e delle associazioni di migranti o rivolte alla popolazione migrante. Sono stati considerati inoltre anche i centri per anziani, perchè, come rilevato da alcuni operatori, questi sono diventati un collettore di aggregazione anche per gli immigrati a partire dalle badanti che accompagnano gli utenti.

STRANIERI E APPARTENENZA RELIGIOSA (luglio 2010 Sito della Provincia)²³⁰

| RELIGIONI | STIMA | STIMA % | STIMA % su TOT RESIDENTI |
|--------------------|-------|---------|--------------------------------|
| Cristiani | 4.500 | 41 | 3,0 |
| di cui Ortodossi | 3.000 | 28 | 2,0 |
| di cui Cattolici | 1200 | 11 | 0,8 |
| di cui Protestanti | 300 | 3 | 0,2 |
| Musulmani | 5.300 | 48 | 3,5 |
| Taoisti | 500 | 5 | 0,3 |

²²⁹ Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale, 2009-2011, op. cit. p. 29.

²³⁰ Lacarpia P., Lelleri R., Osservatorio provinciale delle Immigrazioni di Bologna, *Report Stranieri e Appartenenza Religiosa*, luglio 2010.

| | | | |
|--|--------|-----|-----|
| Buddisti | 200 | 2 | 0,1 |
| Induisti | 100 | 1 | 0,0 |
| Altre religioni/Nessuna religione | 400 | 3 | 0,2 |
| TOT stranieri residenti | 10.897 | 100 | 7,2 |

Reti sociali nelle percezioni

Dal punto di vista del percepito, l'associazionismo di e per immigrati e, in generale, di spazi o iniziative a scopo di aggregazione, si è rivelato un terreno non particolarmente fertile. La dimensione religiosa sembra essere l'unico catalizzatore "contenitore" di forme di ritrovo, condivisione e conoscenza per gli stranieri residenti. Islam e cristianesimo rappresentano, dunque, "campi" in cui si giocano relazioni tra stranieri, e tra stranieri e locali. Ad introdurre il discorso su queste associazioni è V., un immigrato marocchino di 45 anni che vive in Italia da 12 insieme alla moglie e ai suoi tre bambini, che l'hanno raggiunto attraverso il ricongiungimento familiare. V. lavora come metalmeccanico a Bologna e, prima di trasferirsi a Molinella, ha vissuto per alcuni anni anche in Francia. La ragione per cui esistono due centri islamici a poche decine di metri di distanza è che si sono verificati dissapori interni, legati a divergenze di opinioni tra i membri. Questo ha portato V., una volta frequentatore dell'associazione, ad allontanarsene: ciò che lo disturba della situazione è che, dal suo punto di vista, le persone afferenti ai centri "chiacchierano" di cose vuote, per niente:

"Alla fine è una cosa vuota, una cosa banale..noi parliamo, noi guardiamo. Anche noi non pratichiamo bene la nostra religione: è quello il problema! Se uno viene da fuori, come te o un altro, voglio dire.. «Oh, io voglio sapere qualcosa di quella religione, se mi piace, io entro..» se guarda quel conflitto (che abbiamo) insieme, lui scappa via subito, perché dice: «guarda com'è quella gente! Allora io non voglio entrare più!». Capito..perché noi abbiamo quel problema e anch'io sono scappato via, non voglio parlare con nessuno, voglio rimanere nella mia casa, se c'è una partita io la guardo, c'è un libro..leggo un po' un giornale.."

Le divisioni interne hanno creato fratture tali, dunque, da comportare la necessità di ricercare un secondo spazio dedicato ai ritrovi e alla preghiera. Questo, nell'opinione di V., ha implicato una spinta centrifuga: non solo di musulmani, ma anche di quelle persone che potrebbero essere intenzionate ad avvicinarsi alla conoscenza della religione islamica. La sua reazione, per l'appunto, è stata quella di tagliare i rapporti con questa forma di associazionismo e di ricreare in casa, con la sua famiglia, le condizioni e le occasioni per coltivare la sfera religiosa.

La medesima situazione è riportata anche da J., una donna marocchina con due figli a carico, separata da quattro anni dal marito (anch'egli originario del Marocco) e residente a Molinella dal 2001.

"D: Conosci il Centro Culturale islamico, qui a Molinella?"

R: Si ce ne sono due, prima era solo uno, ma poi tra di loro non sono d'accordo come persone e si sono divisi in due sedi vicine, uno sulla destra, uno sulla sinistra. Si trova qualcuno solo nell'ora della preghiera, alla sera. Vanno gli uomini, io parlo con le donne e chiedo perché devono pagare due affitti, ma non sono d'accordo e si sono divisi. [...] è un capannone, solo che ci sono tappeti e si va a pregare, ci fanno delle feste, tipo il Natale nostro, Pasqua, fanno preghiera della mattina e poi pranzo, cena..”

In generale, pur essendo la maggior parte delle persone incontrate di fede islamica, questi centri culturali non sono emersi come luoghi centrali nella vita e nelle relazioni sul territorio.

Se ne parla poco e solo alcune persone, saltuariamente, li frequentano.

Il marito di P., anch'egli marocchino immigrato prima in Francia e poi in Italia, conosce questi centri culturali islamici, ma vi si reca soltanto in occasione di feste particolari: per la preghiera, invece, rimane in casa.

Infine, anche dal padre di D., di origine turca, l'associazione culturale islamica è considerata una meta secondaria: la sua frequentazione è occasionale e per la preghiera e gli incontri si reca a Modena, dove c'è un centro frequentato prevalentemente da suoi connazionali.

Le Chiese, al contrario, si sono rivelate luoghi con implicazioni considerevoli sulla popolazione straniera residente. In questo caso, la presenza di numerosi luoghi di culto sul territorio e con una storia già sedimentata non genera nelle comunità problemi di appartenenza, basta scegliere la parrocchia più comoda o quelle con cui si ha più affinità, o la più frequentata dalla propria comunità. Nelle parrocchie si intrecciano logiche differenti: non è solo la religione cristiana a fungere da collante e da spazio di integrazione tra le comunità immigrate praticanti e la popolazione residente, spesso le parrocchie rappresentano un luogo di ritrovo al cui interno si svolgono anche attività di sostegno agli immigrati, dalla scuola di italiano, al “Banco alimentare”, al collocamento delle badanti nelle famiglie, alla disponibilità di uno spazio comune per eventi familiari e comunitari.

R. è una donna nigeriana di 33 anni, sposata, con tre figli, l'ultimo dei quali di pochi mesi. È in Italia dal 2002, arrivata attraverso il ricongiungimento familiare per riunirsi al marito, giunto precedentemente per lavorare. In Nigeria, R. si è laureata in Sociologia e quando è arrivata in Italia ha cercato un impiego che le consentisse di far fruttare la sua laurea, ma le procedure per la parificazione del titolo di studio sono lunghe e deve ancora arrivarne a capo. R. è una cattolica molto credente e racconta la sua assidua frequentazione della Chiesa nei termini di un'occasione per sviluppare la conoscenza reciproca tra locali e immigrati, per far passare le corrette informazioni sugli immigrati; la descrive come un “*luogo di riabilitazione*” dello straniero. Nella sua esperienza, dunque, la sfera religiosa è stata quella che le ha consentito di mostrarsi come individuo e di abbattere alcuni pregiudizi diffusi sulla donna nigeriana, attraverso la condivisione di uno spazio fondato su valori e credenze che accomunano stranieri e italiani.

R. e la sua famiglia ogni terza domenica del mese partecipano a Bologna alle riunioni di una associazione informale di nigeriani della tribù degli Igbo, gruppo del quale fanno parte. In queste riunioni, dice R., si mangia insieme e si parla del proprio paese nella lingua d'origine. Questo spazio comporta, quindi, la possibilità di riprodurre in maniera collettiva un legame con il proprio paese d'origine, per reiterare la propria cultura e rinsaldare le proprie radici, anche attraverso l'utilizzo della lingua madre che rappresenta un fattore influente sul processo di migrazione-integrazione.

Dalle testimonianze raccolte emerge quindi una certa differenza tra i luoghi religiosi, la chiesa come spazio di integrazione tra comunità migranti e comunità italiane e la moschea invece come spazio di aggregazione all'interno delle comunità musulmane. Questa caratteristica della moschea è condivisa con quelle dei luoghi di culto di altre religioni diverse dalla cattolica che funzionano principalmente come luoghi di aggregazioni per la comunità. Per quanto riguarda la religione islamica, gli eventi legati all'11 settembre 2001 hanno certamente rafforzato un atteggiamento ostile nei confronti dei musulmani, come sostengono Callari Galli e Scandurra, antropologi che hanno condotto ricerche di antropologia urbana a Bologna e provincia:

Negli ultimi anni assistiamo al diffondersi a molti livelli [...] di posizioni che, aderendo tutte a una visione monolitica della religione islamica, presentano i gruppi –tutti, da quelli del Magreb a quelli albanesi, da quelli pakistani a quelli romeni- come fedeli che non possono dividere i principi di autonomia personale, di democrazia, di indipendenza propri del potere statale da quello religioso proprio del loro Paese²³¹.

La rigidità con cui si guarda e ci si relaziona alla “questione islamica” può dunque costituire un freno alle possibilità di sviluppo di associazioni che hanno l'obiettivo di divenire riferimento per gruppi di immigrati che condividono la fede religiosa.

D'altra parte, in seguito all'osservazione durante il periodo di campo, le logiche emerse dalle relazioni interne ai gruppi della medesima provenienza sono risultate particolarmente spigolose, cariche di tensioni.

Tutto ciò si concilia faticosamente con la possibilità di creare reti di associazionismo forti su questo territorio, in questo particolare momento.

I servizi del territorio

Attraverso i dati e gli strumenti forniti dal sito della Provincia²³² è possibile mappare dei servizi territoriali, con particolare riferimento a quelli dedicati all'immigrazione. Ricavando informazioni relativamente a:

- Indicazioni e documenti per l'ingresso e il soggiorno
- Ospedali e servizi socio-sanitari
- Sportelli informativi comunali e di consulenza legale
- Sportelli su scuola, formazione e corsi di italiano
- Sportelli su lavoro
- Informazioni sull'edilizia residenziale pubblica, sui Centri di Accoglienza e sui “Servizi di Prima Necessità”
- Associazionismo sociale, culturale e religioso
- Servizi di mediazione
- Una cartografia interattiva con informazioni riguardo agli insediamenti urbani, i luoghi

²³¹ Callari Galli M., Scandurra G., *Stranieri a casa. Contesti urbani, processi migratori e giovani migranti*, Guaraldi, Rimini, 2009, pp. 10-11.

²³² Provincia di Bologna, Servizi sociali, non profit, sanità. Da: <http://www.provincia.bologna.it/probo/Engine/RAServePG.php/P/276310010808/T/Servizi-sociali-non-profit-sanita>

produttivi, il sistema dei trasporti ecc.²³³.

Le infrastrutture e in particolare il sistema dei trasporti risultano essere un determinante rilevante per l'accesso ai servizi. Il sistema dei trasporti collega in modo abbastanza capillare i diversi comuni con la zona metropolitana di Bologna, attraverso la ferrovia regionale e gli autobus. Minori e meno frequenti sono le linee che collegano tra loro i paesi del territorio, con l'eccezione del servizio a prenotazione "Prontobus di Pianura", che collega i diversi Comuni del territorio con i Servizi sanitari fra i quali l'Ospedale di Bentivoglio.

L'area socio-sanitaria ed il profilo di comunità

Sul territorio di Pianura Est sono presenti due Ospedali, quello di Bentivoglio e quello di Budrio, in cui sono concentrate le strutture di ricovero e specialistica ospedaliera e dodici poliambulatori distribuiti sul tutto il territorio del Distretto, che forniscono prestazioni di medicina di base e specialistiche, Servizi per le Tossicodipendenze (SER.T.), Consulitori, Cup, un Centro di Salute Mentale a Budrio e sette ambulatori dedicati dislocati sul territorio.

Per quanto riguarda i servizi di *assistenza sociale*, è stata rilevata la presenza capillare in ogni comune di sportelli sociali per il cittadino e di sportelli migranti.

Con particolare riferimento ai servizi rivolti alla popolazione straniera, si evidenzia una tendenza pressoché totale all'esternalizzazione, attraverso l'affidamento della gestione all'Associazione Lai Momo in tutto il distretto, con la sola eccezione di Castel Maggiore coordinato dall'Associazione Melting Pot.

Per quanto riguarda il profilo sanitario della comunità la speranza di vita alla nascita nel 2009 è di 80,3 anni per gli uomini e 84,5 per le donne, dato in linea con i valori dell'Ausl di Bologna - rispettivamente di 80,3 e 84,7 anni - e al di sopra dei valori nazionali di 79,1 anni per gli uomini e 84,3 anni per le donne. Per quanto riguarda la popolazione migrante non sono disponibili dati specifici sull'aspettativa di vita, ma in generale l'età media della popolazione straniera è molto inferiore a quella della popolazione con cittadinanza italiana locale: nel 2010 è pari a poco meno di 31 anni, contro i quasi 44 dei cittadini italiani²³⁴.

A giudicare dall'analisi dei ricoveri per grandi gruppi di patologia della popolazione residente, nel 2010 le patologie principali nel Distretto di Pianura Est sono state quelle correlabili al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione: patologie cardiocircolatorie (16,9 %), e tumori (10,3%), seguite poi dalle malattie dell'apparato digerente, respiratorio, genitourinario, osteomuscolare e del tessuto connettivo, che insieme rappresentano oltre il 30% delle cause di ricovero. L'area della salute mentale è invece scarsamente rappresentata, con circa l'1,9% di ricoveri.

Per quanto riguarda la cause di morte, quelle legate al sistema circolatorio e ai tumori coprono da sole oltre il 70% della mortalità totale (rispettivamente il 41,5% ed 30,0%), traumatismi e avvelenamenti il 5,2%, e le cause dovute ai disturbi psichici sono il 3,4%²³⁵.

Nel Distretto la popolazione definita fragile dal punto di vista socio-sanitario (utilizzando il set di indicatori che comprende le liste di esenzione dal ticket e i dati relativi all'invalidità, i soggetti in carico agli infermieri di famiglia o negli elenchi di assistenza domiciliare, gli assistiti e-Care, gli

²³³ Tutela dei sistemi ambientali e delle risorse naturali e storico-culturali.

Da: http://cst.provincia.bologna.it/ptcp_tavole/viewer.htm

²³⁴ Azienda USL di Bologna, Bilancio di Missione 2009. Da: <http://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/bilancio-di-missione-e-altra-documentazione/index.html>

²³⁵ *Ibidem*

elenchi delle dimissioni protette, i frequent users, ecc.) risulta composta di 37.257 persone, pari al 24,4% della popolazione complessiva, un valore leggermente inferiore a quello medio aziendale. La presenza di fragilità, aumenta all'aumentare delle classi di età della popolazione ed arriva al 60% del gruppo tra i 50 ed gli 84 anni. Il dato ancora più interessante è però che circa un quinto della fragilità totale si concentri nella fascia 50-64 anni, una fascia di popolazione ancora in età lavorativa, annoverata in quella che viene definita popolazione attiva.

I servizi sanitari di Pianura Est nei racconti dei migranti e degli operatori

Rispetto al tema dei servizi sono stati raccolti commenti e impressioni dagli informatori attraverso colloqui e interviste.

In generale, le impressioni rispetto al funzionamento del servizio sanitario sono molto varie e dipendono dalle condizioni e dalle modalità dell'accesso e della relazione, oltre che dalle specificità degli utenti e degli operatori. Reti sociali e conoscenza dei meccanismi dei servizi sembrano essere gli aspetti principali favorenti l'interazione con il Sistema Sanitario Nazionale. Possiamo inoltre dire che la popolazione migrante ha gradi molto differenti di comprensione delle dinamiche e delle metodologie di lavoro dei servizi, così come della loro organizzazione. Uno degli aspetti più interessanti è quella che potremmo definire la “bassa incorporazione del Distretto di Pianura Est”, nella sua logica organizzativa. Per i residenti in alcuni comuni al confine con il ferrarese i servizi e l'ospedale più raggiungibili sono quelli di Argenta, che però a livello organizzativo appartengono ad un'altra AUSL.

Questo accesso “improprio” viene percepito da alcuni utenti come la causa di una certa ostilità, come riportato durante un colloquio in ospedale da P., una utente marocchina:

“Ci siamo rivolti anche all'ospedale di Argenta ma non ci siamo trovati molto bene: abbiamo trovato più diffidenza, personale meno accogliente. Mio marito pensa che si tratti di una questione in un certo senso “burocratica”: Argenta è in provincia di Ferrara e viene utilizzata da tante persone ed anche se è molto più vicina a Molinella di quanto non lo sia Bologna, non accetta volentieri pazienti che risiedono in un'altra provincia.”

L'accessibilità ai servizi non dipende esclusivamente dalle logiche organizzative, ma anche dall'accessibilità fisica, dalla disponibilità di servizi dedicati e dalla qualità del servizio stesso.

Per quanto riguarda l'accessibilità fisica, come sottolineato in un paragrafo precedente la mobilità pubblica nel territorio del Distretto è molto sviluppata rispetto all'asse centro-periferia, nei collegamenti da e per Bologna il trasporto pubblico è invece scarsamente sviluppato o delegato a servizi ancora sperimentali e poco utilizzati come la navetta su prenotazione. E' facile intuire come in questa situazione la scelta del paziente sia secondaria alla disponibilità delle cure specie in condizioni di gravità/urgenza.

Stesso discorso vale per l'accessibilità economica, come riportato da una operatrice di sportello:

“Da quando al Pronto Soccorso di Budrio è diventato necessario pagare un ticket, l'afflusso dei nordafricani è enormemente diminuito....tra le comunità straniere c'è un gran passaparola per far circolare informazioni utili.... e gli stranieri sul territorio sanno benissimo come orientarsi rispetto ai servizi sanitari, grazie ad un flusso di informazioni che viaggia all'interno delle loro reti comunitarie.”

La notazione rispetto al passaparola dell'operatrice richiama il tema dell'accessibilità legata alla disponibilità di informazioni corrette e all'ampiezza delle reti sociali che le veicolano, il tema è

tornato ripetutamente nelle conversazioni sia con gli operatori che con gli utenti stranieri:

Secondo R. un'altra operatrice di sportello: "Innanzitutto, esiste un'ottima conoscenza delle procedure e delle modalità con le quali accedere e muoversi all'interno dei servizi: tutti gli stranieri hanno manifestato una grande padronanza delle pratiche burocratiche, dell'organizzazione, delle possibilità godibili attraverso i servizi, ma anche dei limiti presenti."

Ovviamente questa è la percezione dell'operatore rispetto agli utenti che sono già arrivati al servizio che probabilmente si riferisce anche alla parte di migranti da maggior tempo in Italia. S., albanese da quasi 10 anni in Italia, alla domanda "cosa ne pensi dei servizi sanitari" risponde:

"Tutto a posto! Abbiamo il medico di famiglia e la pediatra per i bambini, che fa i suoi orari di visita. La dottoressa mi spiega tutto quello che c'è da fare anche se la devo prendere in giro, quella quando scrive non si capisce proprio niente, perché scrive con le zampe di gallina! A volte, se non trova la pediatra, chiama il medico di base che è sempre tranquillo, oppure possiamo andare a Bentivoglio al Pronto Soccorso per i bambini. Noi grandi invece andiamo a Budrio ma abbiamo chiamato anche la guardia medica sai."

La comprensione dei percorsi assistenziali formali si accompagna ad una costruzione di "mappe socializzate" della qualità, della sensibilità e preparazione degli operatori:

M. madre ghanese: "Sono stata trattata bene ma dipende dalle persone: per esempio, non ha avuto una buona relazione con la ginecologa quando era incinta di G. ed avevo un fibroma. Non mi piaceva il modo in cui la dottoressa mi parlava e mi trattava, ed avrei voluto cambiare medico, ma mio marito mi ha detto «Resisti fino alla fine della gravidanza». E quanto la dottoressa mi ha detto di tornare a fare la visita dopo il parto non ci sono tornata mai più, sono andata a partorire al Sant'Orsola, ho fatto il cesareo. Invece con mi trovo bene con il medico di famiglia ed anche con il pediatra

C. immigrata ecuadoriana:

"A Budrio mi han fatto l'appendicite, sono stati bravi. Bentivoglio non lo raccomando a nessuno, perché mia cugina stava per morire a Bentivoglio. L'hanno portata lì, aveva la trombosi, aveva tanta di quella roba..è uscita che l'hanno dovuta portare al Sant'Orsola a Bologna, perché se no moriva lì. Le han fatto un buco lì loro che non c'era bisogno, lei è diventata così come un mostro.. quando è arrivata a Bologna le hanno dato 6 ore di vita e dopo si vede che è stato un milagro..non lo so se esiste, che lei è rimasta, però Bentivoglio è un ospedale che non lo raccomando a nessuno. Lei è stata sul punto di morire, è mancato poco, se rimaneva moriva. I dottori non hanno capito cosa aveva."
D: "lei è andata al PS e poi è stata ricoverata?" C: "è andata al PS e dopo con questo buco le è venuta più trombosi. Loro stessi l'hanno portata, perché hanno visto che non ce la facevano. Suo marito ha chiesto e la sorella, tutti..di andare a Bologna, perché han visto che lì andava molto male. Adesso sta non tanto bene, perché sempre ha qualcosa dopo questo, le han fatto un buco grande, è una cosa grandissima. L'hanno intubata ma con questo buco hanno sbagliato qualcosa e lei ha un buco. Si è gonfiata. Perché quel buco, avendo la trombosi, hanno detto che non potevano farlo, le è venuto di più. Tutto un casino che hanno fatto. Lei è seguita sempre al Sant'Orsola, periodicamente..lei abita ad Altedo e deve andare là..perchè per lei era più vicino Bentivoglio e andava a Bentivoglio"

V., marocchino:

“L’ospedale..mia moglie adesso ha dei problemi di reni, non si trova bene all’ospedale di Ferrara, le piace cambiare il posto, però non solo con lei, anche con un’altra italiana con problemi di reni e la signora italiana parla con mia moglie: “Non rimanere”. Quindi non è lei, perché è straniera, no è uguale...”

Discutendo con le mediatrici culturali, coinvolte con l'utenza con maggiore difficoltà di accesso, le impressioni delle operatrici di sportello vengono ribaltate. Per la popolazione di più recente immigrazione o di minore integrazione emergono notevoli difficoltà di comprensione del funzionamento dell'assistenza, barriere di tipo linguistico, culturale ma anche legate ad aspetti più pratici della vita quotidiana.

SH: "Mediatrice..come faccio io il lavoro? Io sono..lavoro per le persone del mio paese che non parlano la lingua, così aiuto. Lavoro nel Comune di Molinella, Malalbergo, Galliera..sì. Questo comune? Così che loro.. i miei paesani molto contenti perché io aiuto molto. Perché come oggi, terzo giovedì siamo sempre (anche mia collega) sempre a Molinella, ospedale di Molinella, dove fanno la vaccinazione, c'è del Marocco e nord Africa e si usa la lingua araba, qualche volta francese, ma poco. E invece c'è anche la mia collega per la lingua pakistana, lei: adesso dentro. Gli utenti di lingua hurdu. Quindi il mio lavoro consiste nell'entrare con le mamme, spiegare del vaccino, per esempio dopo, che effetti collaterali ci sono, cosa deve fare.. firmare le cose anche per il consenso..sì, spiegare queste cose e se il bambino per esempio, se capita un bambino che ha sofferto di malattie ecc, di riferire alla dottoressa e così via..così..che loro anche molto contente perché marito va a lavorare: non si può prendere sempre permesso per fare vaccinazione, per venire in comune compilare kit, compilare..altre difficoltà? che c'è tante difficoltà.. vanno sempre e io aiuto, così loro molto contente.

D: Perché altrimenti?

SH: Loro non parlano lingua, nostre donne non parlano lingua, non escono di casa..perché..adesso quando bambino va in scuola, un pochino imparano, solo per bambini,perché non andavano a scuola ma vogliono imparare ma non uscire? Così..perché..già io tante volte ho spiegato? Andate a scuola? ma dicono?

No c'è tanti lavori a casa, c'è bisogno? Non vogliono farlo, ma questo è abitudine di nostro paese"

Le difficoltà nella comprensione delle logiche di assistenza si rivela per una parte della popolazione fonte di apprensione e conflittualità:

S.A., un'altra mediatrice culturale, riferisce: "..chi ha per esempio una religione, alcuni, ma non tutti, avendo una religione diversa dicono: ah, forse perché noi abbiamo una religione diversa, siamo trattati diversamente! è capitato per esempio mi ricordo in ginecologia, che facevano una visita, è venuto un papà...che la moglie..stava facendo la visita no, il papà, il marito di una moglie che era dal ginecologo e lui ha scoperto che il ginecologo era un: «ah questo infedele che cura mia moglie!?»..è venuto a urlare questo qua che il medico è un maschio, che deve..infedele..poi ha cominciato a dire delle cose, perchè non è musulmano, capito? Anche delle volte, alcuni che non sono un po'..fanno, come dire, questa differenza religiosa, alcuni, dipende dalla persona. Infatti

lui, non lo sapeva che è un uomo..perchè la fai venire da un uomo?!"

I conflitti generati dalla mancata competenza linguistica e culturale generano sfiducia ansia e preoccupazione, sempre nei racconti di S.A.:

"Per esempio, è capitato l'altra volta ... una bambina aveva il mal di stomaco, però dopo è stata bene, l'hanno curata e volevano dimmetterli, allora lui (il padre) dice: «ah ci vogliono fare fuori, uscire fuori perché noi siamo immigrati!» Cioè ha sentito che loro..cioè che la bambina ancora non sta bene eppure loro la mandano fuori. Per fortuna che c'ero, ho detto, la tua bambina sta bene, perché dici che? «Ah ci vogliono mandare fuori perché..per razzismo, perché siamo stranieri». Però è la SUA percezione, capito, che non è vero, perché la bambina sta bene e lui per la sua sicurezza sentiva questo, voleva che rimanesse un altro giorno...è capitato l'altra volta, è venuta una incinta ottavo mese mi sembra, aveva complicazioni, aveva paura di..sentiva come se partorisce che era prima [la prima figlia]..allora quella che pulisce è marocchina, prima che arrivassi io, lei le raccontava che c'è una donna [straniera] l'anno scorso che è morta dopo il parto, subito dopo il parto, hai sentito di..? Quindi questa qua ha avuto più paura quando ha sentito questa storia... di una straniera che è morta di parto lì...dice: ? «ah, ma è morta questa?» ..dico:ma cosa c'entra, cosa vuol dire?!?. Questa qui soffriva di..aveva qualcosa, lei..non è che perché straniera, pensava che fosse errore del medico, quindi quando sente queste storie.. a maggior ragione, essere stranieri uno pensa: ah magari non mi curano come uno italiano. Alcuni hanno questa percezione, altri dicono: no, tutto bene, il servizio ci piace, gli infermieri sono gentili"

Specie tra i gruppi che meno comprendono il funzionamento del servizio ed i servizi che meno sono competenti nell'accoglienza degli immigrati si generano incomprensioni gravi e fonte di severo disagio:

D: "Però la vostra presenza magari serve a..far sentire un pochino più tranquilli.."

SA:"Sì, certo, si sentono più tranquilli"

D: "Più tutelati, come dicevamo prima.."

SA: "Sì, sì, sì.. Loro, nostri pakistani dicono che tutte le prove fanno stranieri, medici? «Ah, le fanno sugli stranieri!» specialmente all'Ospedale di Ferrara e anche Cento e loro dicono: «Ah tutte prove fanno solo pakistani, perché..» ed io dico tipo che cosa, che prove per esempio fanno? «per fare..come fare cesareo, qualcosa, qualunque roba da fare»"

D: "quindi quando c'è una tecnica da provare dicono che la provano sugli stranieri..?"

SH: "succede, esempio, sì sì, per studio..da fare solo per nostri paesani" D: "C'è diffidenza?"

SA: "Sì sì sì, diffidenza?"

SH: "Perché 2 volte, l'anno scorso due volte è successo che due bambini durante la nascita già morti ..ospedale di Cento"

SA: "Pakistani"

SH: "pakistani"

D: "A Ferrara?"

SH: "No, a Cento. Sì, loro pensato così, perché? Problemi di bambino, non è..dottore o

infermiere, questo dipende anche..questa vita dipende da Dio noi diciamo..loro pensano, hanno una mentalità che dicono... io ho già detto no, non è giusto così..che infermiera, anche dottoressa, tutte molto brave, quello, danno vita..questo..non è dipende dottore, dipende infermiera o ostetrica, dipenda da Dio, queste cose.." ,

In definitiva la competenza in medicina delle migrazioni produce effetti che oltrepassano la sfera della prestazioni cliniche, compartecipando alla sedimentazione di un sentimento di diffidenza, discriminazione e disagio. Per i pazienti intrappolati in queste relazioni di cura problematiche l'effetto non è solo quello del ritardo della cura o del tentativo di sottrarsi al servizio, ma anche il carico di disagio psicologico generato, accompagnato alle angosce e alle paure per la malattia.

Per questo motivo la produzione simbolica dei servizi sanitari nella comunità migrante insieme alla produzione dei processi sociali che ne derivano dovrebbe essere un argomento di riflessione e ricerca ulteriore che meriterebbe senz'altro uno spazio di approfondimento dedicato.

Percorso del disagio psicologico

Emerge dai dossier di Pianura Est e da alcuni interlocutori del territorio una forte crescita del disagio psicologico tra i migranti, forse legato al quadro di crescente precarietà e marginalizzazione. Questo aumento crescita non viene però riscontrato dagli operatori dei servizi di salute mentale, che riferiscono la quasi totale assenza di pazienti stranieri all'interno dei servizi. Risultano quindi da chiarire e verificare le diverse percezioni e da indagare le dinamiche di scollamento tra il bisogno e la presa incarico. Si è cercato, inoltre, di individuare i percorsi attraverso i quali i cittadini (italiani e stranieri) raggiungono i servizi dedicati al disagio psicologico.

Sono emerse alcune modalità di accesso che meriterebbero un ulteriore approfondimento:

- suggerimento e/o richiesta del Medico di Medicina Generale che può indirizzare e richiedere una consulenza psicologica per il proprio paziente;
- direttamente al Centro di Salute Mentale quale servizio di cure primarie;
- attraverso un Trattamento Sanitario Obbligatorio;
- presso i Consultori dove vengono per lo più affrontati problemi legati alla gravidanza e alle coppie miste.

Inoltre da un colloquio con i responsabili delle organizzazioni del privato sociale è stato riferito che nelle situazioni in cui l'operatore dello sportello individua la necessità di una consulenza psicologica possono venire interpellati psicologi volontari o appartenenti ad organizzazioni del privato sociale. Di tali pazienti però è difficile indagare la gestione e le modalità di accesso e riferimento al Servizio Sanitario Nazionale.

Percorso dell'irregolarità e accesso ai servizi

Risulta particolarmente indaginoso reperire dati sull'accesso ai servizi sanitari territoriali da parte di migranti privi di permesso di soggiorno, ed è ancor più difficile cercare di decifrare le traiettorie ed i percorsi che devono compiere in tal senso.

Secondo la legislazione nazionale (D.L.286 del 1998, Testo Unico sull'immigrazione), la prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti di stranieri non regolarmente presenti sul territorio possono essere effettuate soltanto previa assegnazione di un codice alfanumerico

progressivo, il codice STP (straniero temporaneamente presente), riconosciuto su tutto il territorio nazionale, con validità semestrale e rinnovabile.²³⁶

Questo codice, funzionale alla registrazione del paziente e al rimborso prestazioni a livello aziendale, può essere richiesto teoricamente in qualsiasi AUSL ed Azienda Ospedaliera, così come in strutture del Privato Sociale che prestano assistenza a migranti privi di permesso di soggiorno (nel comune di Bologna, l'ambulatorio Sokos e quello I.Biavati), ed è rilasciato nei CUP (Centro Unico di Prenotazione) dei vari distretti territoriali.

Per quel che riguarda l'accesso ai servizi sanitari nel territorio di Pianura Est, da un'analisi retrospettiva delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative ai ricoveri di migranti irregolari nelle strutture sanitarie del Distretto, è emerso come, nel quinquennio 2005-2009, le persone ricoverate siano state 304, con una media di circa 60 degenze l'anno.

| Anno di dimissione | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | Totale |
|-------------------------|------|------|------|------|------|--------|
| Budrio | 18 | 7 | 15 | 10 | 6 | 56 |
| Bentivoglio | 36 | 47 | 36 | 28 | 21 | 168 |
| S.Giovanni in Persiceto | 18 | 17 | 19 | 22 | 4 | 80 |
| Totale | 72 | 71 | 70 | 60 | 31 | 304 |

Fonte: Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia Romagna.

Insieme ai due ospedali di Budrio e Bentivoglio è stato considerato nell'indagine anche quello di S.Giovanni in Persiceto che, pur essendo in Pianura Ovest, per dimensione, prossimità geografica e facile raggiungibilità si ritiene un polo sanitario di riferimento anche per soggetti residenti o presenti in Pianura Est. Questi dati confermano l'effettivo accesso di migranti irregolari alle strutture sanitarie del distretto, senza però fornire alcuna indicazione sul percorso effettivo che lo ha permesso.

Come già evidenziato, la ricerca preliminare effettuata ha permesso di rilevare una diffusa disinformazione rispetto a questi temi, tra gli operatori dei servizi sociosanitari del distretto così come tra i responsabili istituzionali. Per quel che riguarda i punti di prima assistenza, l'opinione diffusa è che il comune di Bologna sia il principale centro di riferimento, come dice B. un operatore del privato sociale:

Tutti i soggetti irregolari di Pianura vanno a Bologna a farsi curare, perché sul territorio non esiste niente, come niente esiste a Imola, distretto con cui Pianura Est confina..

Resta pertanto da verificare se, al contrario, siano presenti sul territorio servizi di medicina di base rivolti a questo particolare target al di là dell'assistenza offerta dai Pronto Soccorso e se, oltre a

²³⁶ Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. Da: <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm>

Bologna, vi siano altre città limitrofe, come Imola e Ferrara, con servizi di assistenza sanitaria per migranti irregolari altrettanto funzionali.

Irregolarità: Colloquio con F. e sua madre

F. e la sua famiglia vengono dal Marocco. Lui ha ventinove anni ed è il figlio maggiore, primo di quattro fratelli, di cui l'ultimo nato in Italia. Suo padre è arrivato in Italia molto tempo fa per lavorare e dal '95 la madre e i tre figli lo hanno raggiunto attraverso il ricongiungimento familiare, per il quale hanno dovuto attendere circa un anno. La difficoltà maggiore (e anche l'unica) riscontrata nel corso della lunga permanenza in Italia dalla sua famiglia è proprio legata alla burocrazia necessaria per ottenere il rinnovo del permesso di soggiorno. Sia F. che sua madre si soffermano in particolare sui tempi necessari ad ottenere la documentazione: la procedura è molto lunga, articolata, è necessario circa un anno per ottenerla e bisogna attraversare una serie di passaggi che richiedono appuntamenti in questura, molte file e che possono includere disguidi con le poste che a volte, riferiscono, esauriscono i documenti necessari. La madre di F., inoltre, lamenta il fatto che diventa indispensabile prendere dei giorni di permesso per riuscire a svolgere tutta la pratica e che questo influisce negativamente sul lavoro. Questo, in virtù dell'intreccio tra il particolare momento di crisi e il legame tra il permesso di soggiorno e il contratto di lavoro, è un meccanismo che colloca gli stranieri in una posizione di ulteriore difficoltà. F., inoltre, pur essendo in Italia da quindici anni, non ha potuto fare richiesta per la cittadinanza poiché, tra le altre cose, per avviare la pratica è necessario presentare tre anni di reddito e lui, avendo subito un intervento al ginocchio, ha dovuto interrompere la sua attività lavorativa, motivo per cui non gli è possibile attualmente fare domanda. Uno dei suoi fratelli ha avviato le pratiche di richiesta per il rinnovo del permesso di soggiorno ad aprile e la comunicazione dell'appuntamento per poterlo ritirare è arrivata ad inizio dicembre. Sono F. e sua madre a evidenziare il risvolto estremamente concreto che tale burocrazia ha nella loro vita (e in quella di tante persone nella stessa situazione): questo, infatti, costituisce un problema nel momento in cui una persona non trova un impiego e il permesso tarda ad arrivare. Per il rinnovo della documentazione si può partire da due mesi prima della sua scadenza fino a due mesi dopo, ma -essendo i tempi così lunghi- esiste la probabilità che arrivi troppo tardi. F. ha fatto richiesta la Carta di Soggiorno che ha una validità di cinque anni, ma -essendo pervenuta un anno e sei mesi dopo la domanda- effettivamente per lui avrà una durata di tre anni e sei mesi. Per richiedere questo tipo di documento è necessario mostrare un contratto di lavoro a tempo indeterminato e risiedere in Italia da più di cinque anni. Sono sempre F. e sua madre che mettono in luce un'altra questione: quella dei costi che il rinnovo di tutti i documenti comporta (anche per la Carta di Soggiorno le spese si aggirano intorno ai 70 euro).

Secondo la famiglia, da quando sono arrivati la legislazione italiana in materia di immigrazione, in particolare con la legge Bossi-Fini, è peggiorata. *“Nonostante sei integrato bene, ti senti escluso..ti senti diverso”* dice F., riferendosi al continuo rischio di non riuscire ad ottenere per tempo i documenti; questo costituisce una fonte di apprensione anche per la madre che ha costruito la progettualità per la sua vita e per quella dei suoi figli in Italia. Essendo cresciuti qui, infatti, sono integritissimi e considerano l'Italia la loro casa. *“Se un figlio perde il lavoro e va là...”*, si preoccupa la madre riferendosi alla possibilità che per ragioni burocratiche uno dei suoi figli venga fatto rientrare in Marocco: l'idea di un figlio rimpatriato in Marocco la impensierisce relativamente alle possibilità che avrebbe di costruirsi una vita lì. È quello che pensa anche F., quando racconta che lui e i suoi fratelli hanno ricevuto la formazione qui in Italia e che, per esempio, lui ha imparato a lavorare con macchinari italiani. Forse lui, che conosce il francese, potrebbe cavarsela, ma se succedesse a un altro? F. aggiunge anche che *“vedendo com'è la situazione, che il lavoro va*

calando..” questo rappresenta un problema.

Sportello Punto Migranti

In tutti i comuni del distretto sono presenti gli sportelli Punto Migranti, gestiti dalla società cooperativa Lai - Momo, attiva dal 1995. Questi sono centri informativi nati allo scopo di fornire supporto e indicazioni relative alle normative di soggiorno in Italia, al funzionamento dei servizi sanitari, del sistema scolastico e dell'amministrazione pubblica italiana a utenti immigrati e non.

Nella fase preliminare della ricerca si è preso contatto con le operatrici di due di questi sportelli, a Granarolo e a Molinella: entrambe lavorano anche in altri comuni, in quanto gli sportelli hanno un giorno di apertura settimanale. In generale a questo tipo di servizio accedono pochi stranieri irregolari. Secondo le operatrici questa situazione è determinata da una generale paura e diffidenza degli stranieri, acuita maggiormente dalla rigidità della legislazione in materia di immigrazione. A Granarolo, inoltre, il servizio ha ingranato da circa un anno attraverso il passaparola che si è sviluppato tra i partecipanti ai corsi di italiano che sono stati organizzati nel medesimo luogo. Un'altra fruttuosa iniziativa per allacciare rapporti con la popolazione straniera e farsi conoscere nel territorio del Comune è stato un pranzo organizzato dalle donne maghrebine di Granarolo, che ha suscitato l'interesse e la curiosità anche delle donne dell'est europeo, con le quali sono in programma altri eventi simili. In ogni caso, lo sportello è frequentato maggiormente dalle donne, poiché nella maggioranza delle situazioni familiari svolgono mansioni "casalinghe", mentre gli uomini sono a lavoro. In molte situazioni gli sportelli fungono da punti "d'ascolto", le operatrici hanno sottolineato l'esigenza che molti stranieri hanno di relazionarsi e parlare con qualcuno e di dare sfogo alle proprie preoccupazioni; per il resto, le attività corrispondono ad un sostegno di tipo tecnico-pragmatico: aiuto nella compilazione del kit per la presentazione dei documenti per il permesso di soggiorno, supporto nella stesura del *curriculum vitae*, aiuto nella ricerca del lavoro attraverso il server della provincia.

Nel 2009 è stata promossa un'iniziativa per indagare i processi di discriminazione: attraverso la compilazione di una sorta di questionario, gli stranieri dovevano scrivere se e in quali situazioni si fossero trovati a subire episodi di discriminazione e se e quando, invece, fossero stati essi stessi a discriminare gli altri.

Dall'analisi dei questionari sono emersi casi di discriminazione razziale che passano per l'asse del corpo: gli stranieri hanno raccontato di essere stati allontanati o scherniti, per strada o sui mezzi pubblici, per questioni riguardanti il colore della pelle o il proprio odore.

Anche in questo senso il corpo del migrante deve essere osservato nella sua complessità di corpo individuale, sociale e politico: l'ingresso di istanze di alterità nella nostra società è percepito attraverso quella che Terrence Turner definisce "*pelle sociale*" ovvero l'imprimersi delle categorie sociali sul corpo individuale; questa pelle è "*un tipo di frontiera sociale comune che diventa lo scenario simbolico sul quale si rappresenta il dramma della socializzazione*"²³⁷. Nel contesto migratorio questa pelle sociale diviene anche pelle politica, superficie che mette in comunicazione/separa e incarna rapporti di potere, richieste di diritti, assoggettamento o resistenze all'ordine politico della società di accoglienza.

Gli sportelli si avvalgono dell'aiuto di mediatrici culturali "dislocate" tra i comuni in base alle

²³⁷ Lock M., Scheper-Hughes N., *Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006, p.178.

necessità linguistiche del territorio, tarate sulle provenienze degli stranieri.

Oltre all'operatrice, al Punto Migranti di Molinella sono presenti due mediatrici culturali: una per la lingua araba e una per l'urdu. A proposito dell'utenza che fruisce di questo servizio, la mediatrice pakistana spiega:

MP:“(vengono) tanti! Prima, quando ho iniziato nel 2003 vengono pochi, adesso pieno, pieno di pakistani..pieno pieno.” D: Quali sono le richieste più frequenti? M: Compilare il kit, più che adesso c'è molta difficoltà per prendere permesso di soggiorno: perché fatta due anni fa la domanda, ancora non c'è niente! Così vengono per controllare come sei messo...noi aiutiamo per queste cose qui. Scriviamo e-mail alla questura che dopo rispondono..queste cose qui, aiutiamo..permesso di soggiorno.

Anche la mediatrice per la lingua araba spiega le mansioni principali che svolge all'interno di questo servizio:

Ma: “allo sportello viene un utente se ha bisogno. Se parla italiano parla con l'operatrice, vuole informazioni sulle leggi, le normative.. io. per esempio, (aiuto) se ha bisogno di compilare moduli, così..o a spiegare le cose all'operatrice, che lui..se non sa la lingua bene, o anche se sa la lingua ci sono termini che non capiscono, per esempio non tutto, magari capisce un po' di cose , ma non tutto..” “D: Quindi gli stranieri vengono per compilare la modulistica?”, “R: Per chiedere informazioni, sì: è uno sportello per orientamento e informazioni. Sì, maggiormente per queste cose: cercare lavoro, ricerca al computer..e poi chiedere sui corsi di italiano, dove si fanno, se non qui, nella provincia, dove.. e la scuola, rapporti con la scuola, anche può essere che hanno bisogno di avere anche informazioni sulla scuola, bandi, borsa di studio, ecc.

I Punto Migranti in generale sono molto frequentati: nel corso di tutte le visite nei Municipi in cui è ubicato lo sportello erano sempre presenti un certo numero di stranieri in attesa, specialmente mamme con bambini. Inoltre, nel corso delle interviste effettuate, lo sportello e le operatori che lo gestisce si sono configurati come punto di riferimento tenuto in grande considerazione da tutti i residenti stranieri ascoltati. Solitamente sono le donne le utenti principali, ma negli ultimi tempi, come raccontano gli operatori, per via della crisi anche gli uomini hanno cominciato a rivolgersi allo sportello, in particolare per avere indicazioni nella ricerca del lavoro.

La funzione di “ascolto” dello sportello è ancora più marcata nei comuni più isolati e periferici, dove è frequente che le donne passino molte ore a casa da sole, o se sono impegnate in attività lavorative come il badantato non sviluppino particolari relazioni sociali, il Punto Migranti dunque può rappresentare una valvola di sfogo a questo tipo di necessità, tanto che le operatrici degli sportelli una volta al mese ricevono la supervisione di uno psicologo per poter esternare il carico emotivo accumulato. Infine vengono organizzati gli incontri tra le varie operatrici, come raccordo tra le varie esperienze e per mantenere la rete di contatti e informazioni al fine di rendere omogenee le conoscenze sul territorio e le strategie di azione.

Il Distretto ed i determinanti di salute della popolazione migrante.

Dall'analisi di campo emerge una sostanziale sovrapposizione tra i determinanti di salute riportati in letteratura relativi alla salute dei migranti e quelli riscontrati sul territorio.

I limiti della normativa, le zone grigie di legislazione suscettibili di interpretazioni, espongono i cittadini stranieri a un alto senso di insicurezza aumentata da condizioni di isolamento, dalla

manca di reti familiari e sociali e dalla distanza dai familiari. La precarizzazione del mercato del lavoro, la crisi economica, il rischio di perdere il patrimonio di beni e relazioni accumulati sul territorio, emergono dai racconti come fattori legati alla necessità di riorganizzare il progetto migratorio, la vita in un contesto che cambia, con una serie di equilibri da compensare. I migranti presentano un rischio maggiore rispetto alla popolazione generale di essere esposti a una condizione di fragilità, dovuta anche all'impossibilità di inserimento nel mercato del lavoro, a un livello consono al proprio grado di istruzione o competenze e quindi con salari più bassi dell'atteso e con un rischio di infortuni sul lavoro maggiore. Questi elementi possono determinare anche una minore possibilità di mobilità sociale e quindi della capacità di immaginarsi e di pensarsi in un contesto futuro.

Come emerso nei paragrafi precedenti, la presenza di solide reti sul territorio è un fattore di compensazione importante sia dal punto di vista emotivo, sia per quanto riguarda l'accesso alle informazioni su servizi di supporto e di accesso al welfare.

D'altra parte, come riscontrato dalle narrazioni riportate alcuni fattori di rischio per la salute dei migranti risiedono proprio nell'interazione con il servizio e sono relativi all'accessibilità, alla competenza e all' accettabilità del servizio stesso.

Più chiara e omogenea appare essere la situazione relativa alla condizione di irregolarità, con scarsa conoscenza degli operatori della normativa vigente, dei servizi dedicati e dei percorsi di accesso.

Più in generale, malgrado i tentativi di integrazione tra servizi attraverso i Piani di Zona, la continuità di presa in carico tra servizi sociali e sanitari non è ancora garantita. Emerge la necessità di mettere in rete informazioni provenienti dai diversi servizi e la creazione di uno spazio dove si ricompongano i bisogni della persona. Per quanto riguarda la popolazione migrante, dalla percezione degli operatori -in particolare dei mediatori culturali- emerge come vi sia una maggiore percentuale di casi con elevato livello di complessità rispetto alla popolazione italiana. All'utenza migrante si dovrebbe pertanto dedicare una maggiore quantità di risorse, cercando di adattare i percorsi assistenziali alle peculiarità delle persone. In tal senso sembra confermata una scarsa preparazione dei professionisti sanitari e dei servizi rispetto alle competenze in medicina delle migrazioni, con effetti negativi sull'accettabilità dei servizi rispetto ad una parte degli utenti.

Il caso dei pazienti pakistani per esempio, tra i quali circola la voce di esperimenti fatti sulla popolazione migrante, è un segnale importante dei limiti di comunicazione e di comprensione tra servizi e utenti ed anche della percezione che gli utenti hanno di sé in relazione alla struttura-servizio. Il caso del marito che scopre che il ginecologo della moglie è un uomo è invece un segnale di una ancora scarsa sensibilità del servizio nei confronti dei bisogni degli utenti.

Il Centro di Consultazione come co-autore di una narrazione complessa

E' in questo scenario che i processi di salute-malattia dei pazienti migranti afferenti al Centro di Consultazione si dipanano: si tratta di traiettorie di vita di individui, di famiglie, di gruppi, che interagiscono in maniera complessa con un territorio e le sue tensioni, esitando in percorsi unici, istantanei e articolati.

In queste interazioni si trova immerso anche il Centro di Consultazione con i suoi professionisti, portatori di linguaggi e pratiche differenti da quelli consueti nel territorio.

Per questo è stata necessaria un'opera di negoziazione e di mediazione con gli attori locali, con le istituzioni e con i vari soggetti del privato sociale. Tale negoziazione ha rappresentato un momento denso e trasformativo, in quanto si è inserita nei processi in corso, divenendone prodotto e allo stesso tempo attore di cambiamento del contesto.

Questo intreccio di interazioni ha preso forma attraverso una reciprocità di sguardi: da un lato, la prospettiva dei professionisti coinvolti nella consultazione verso il territorio e, dall'altro, quella dei soggetti del distretto rispetto al nuovo dispositivo presentato dal servizio.

A questo punto dell'analisi, diventa necessario fare alcune considerazioni per inquadrare criticamente il Centro all'interno del contesto descritto.

Nell'attuale cornice di scarsità di fondi e finanziamenti, infatti, non è possibile non considerare il servizio come un potenziale competitore nella razionalizzazione delle risorse; allo stesso tempo, in una fase di incremento dell'esternalizzazione, l'offerta di un servizio pubblico a budget più contenuto risulta allettante per le istituzioni.

D'altro canto, lo spazio in cui il Centro si muove, ovvero la tutela e la promozione della salute di migranti con sofferenza mentale, è un aspetto problematico che espone non soltanto i professionisti, ma gli stessi decisori politici a una serie di criticità: perché in tempo di crisi scegliere di investire su una fascia di popolazione così particolare e con bisogni così peculiari a fronte di molte altre esigenze? Come legittimare, anche di fronte all'elettorato, scelte allocative di questo genere?

Proprio in tal senso, il Centro si è immaginato e configurato come un dispositivo che potesse elaborare un modello di analisi e di supporto agli operatori funzionale non solo a operare su problemi complessi di cittadini stranieri, ma anche a sviluppare una competenza culturale e sociale sulla comunità fragile in generale.

La prospettiva di intervento a favore della popolazione più vulnerabile restituisce una visione di un'amministrazione e di referenti politici attenti ai bisogni e alle necessità emergenti, conferendo legittimità al progetto.

Oltre a tali tensioni concettuali, è necessario fare luce anche sull'approccio e sulla metodologia per dare ragione dei processi innescati. Per quale motivo sul territorio dovrebbe essere utilizzata una modalità di valutazione, gestione e presa in carico dei pazienti con problemi di salute mentale differente da quella esistente?

La concezione del Distretto come luogo di frontiera e spazio determinato e determinante ha informato il lavoro del Centro in relazione alle dinamiche e alle interazioni in atto su questo specifico territorio, riposizionandolo continuamente in una rete negoziale.

Le modalità di comunicazione e di interazione con gli attori di Pianura Est hanno seguito un approccio auto-riflessivo, basato su una metodologia di lavoro aperta e inclusiva rispetto alle istanze del territorio, fondata sulla ricerca-azione partecipata e multi-situata^{238 239 240 241 242} propria delle

²³⁸ Crane P., O'Regan M., *On PAR Using Participatory Action Research to Improve Early Intervention*. Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Australian Government, 2010.

scienze sociali, accoppiata alla metodologie di knowledge transfer e knowledge translation (KT)²⁴³
²⁴⁴ proprie dell'ambito della Salute Pubblica.

Utilizzando ancora il concetto di spazio eco-sociale della Krieger e le ultime rivisitazioni della *Actor network theory* di John Law²⁴⁵ ²⁴⁶ rispetto ai reciproci effetti trasformativi dei differenti attori di una rete, il lavoro del Centro di Consultazione, soprattutto nella sua parta istitutiva, è stato pensato in relazione continua allo spazio eco-sociale in cui si è inserito. La prospettiva negoziale presuppone, tra l'altro, la responsabilità della trasformazione e la disponibilità ad essere trasformati, ed è per questo motivo che è risultato opportuno il quadro teorico della ricerca azione partecipata (PAR) e multi-situata. Il quadro del PAR ripensato in un'ottica multi-situata, con la quale si intende il lavoro in spazi sociali differenti ma omogenei per produzione di logiche di amministrazione, gestione, assistenza e realizzazione dei bisogni di salute, ciascuno con caratteristiche emiche peculiari, ha permesso di spostare l'attenzione dalla negoziazione degli obiettivi alla costruzione e alla produzione collaborativa di significati²⁴⁷.

La differenza sostanziale tra questo approccio e quello del KT risiede appunto nella valorizzazione della co-produzione di significati. In un approccio KT classico, infatti, la ricerca scientifica rigorosa esita nella produzione di buone conoscenze che dovrebbero essere successivamente trasferite in buone leggi e buone pratiche attraverso le quali migliorare la salute della popolazione. Questa prospettiva ricalca molto da vicino le forze "tecniche" sovranazionali istituenti la geografia del Distretto di Pianura Est, processi esterni provenienti dalla dimensione macro, non efficaci nel rispondere alle esigenze locali. Infine, la proposta di pratiche a partire da conoscenze costruite attraverso la condensazione di evidenze scientifiche rischia di rendere subalterne le conoscenze e le pratiche locali. In questo modo l'istituzione del Centro, imporrebbe, attraverso quelle che ironicamente Good definisce "*epistemologie fondamentaliste*"²⁴⁸, modalità di valutazione e trattamento dei pazienti salvifiche, vere e, in quanto scientifiche, migliori, che non lasciano spazio alle istanze del territorio. Di conseguenza, sfuggire a queste prassi soteriologiche e relazionarsi in una logica orizzontale ha significato mettere in discussione le conoscenze sanitarie etiche a favore di una co-costruzione etico-emica (e qui il quadro della ricerca azione partecipata) che ha presupposto nelle fasi di negoziazione la sostituzione di un progetto tecnico con un progetto politico.

²³⁹ Genat B., *Building emergent situated knowledges in participatory action research*, Action Research, Vol. 7(1), 2009, pp. 101–115.

²⁴⁰ Montero M., *Participation in Participatory Action Research*, Annual Review of Critical Psychology, Vol. 2, 2000, pp. 131-143.

²⁴¹ Marcus G., *Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography*, Annual Review of Anthropology, (24), 1995, pp. 95–117.

²⁴² Susser I., *The Anthropologist as Social Critic Working toward a More Engaged Anthropology*, Current Anthropology, Vol. 51, Supplement 2, 2010.

²⁴³ Canadian Health Services Research Foundation, *Leveraging Knowledge: tools & strategies for action*, Report of the 7th CHSRF Annual Invitational Workshop, Montreal, Quebec, March 3, 2005.

²⁴⁴ Pablos-Mendez A., Shademani R., *Knowledge translation in global health*, The Journal of continuing education in the health professions, 2006 Winter, 26(1):81-6.

²⁴⁵ Law J., Hassard J., (a cura di) *Actor network theory and after*, Blackwell Publishers, Oxford, 1999, pp. 1-15.

²⁴⁶ Gad C., *On the Consequences of Post-ANT*, Science, Technology & Human Values, Vol. 35, Number 1, January 2010, pp. 55-80.

²⁴⁷ Genat B., 2009, op. cit.

²⁴⁸ Good B.J., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999, p. 14.

Ai decisori, ai professionisti e alla comunità è stato presentato un progetto di *policy* di servizio di salute, in cui i valori e le prospettive di cambiamento strutturale sono state presentate sullo stesso piano delle attività.

E' solo in questa cornice concettuale che sono state successivamente utilizzate le metodologie di KT, tentando di coinvolgere i decisori politici e gli amministratori fin dalle prime fasi del progetto, adottando una comunicazione tarata sui ciascuno degli interlocutori e cercando di individuare i punti cardine su cui focalizzare l'attenzione della comunità in una prospettiva di cambiamento.

Di volta in volta, coinvolgendo in maniera paritaria tutti i partner, il Centro è stato presentato ai decisori ed alla comunità come un insieme di valori da cui discendono pratiche che mirano ad un cambiamento condiviso del sistema. Dunque, come un dispositivo politico, al di là di una definizione elusivamente tecnica del progetto di consultazione.

La letteratura sulle disuguaglianze ci informa sul potere della strutturazione sociale di avvantaggiare alcuni gruppi a sfavore di altri. In tali processi, anche l'apparato dei saperi medici rappresenta una forza istituyente categorie e spazi (e dunque possibilità) del vivere, nei quali le persone si trovano costrette in base ad appartenenze spesso non autodefinite, bensì forgiate da saperi dalla cui produzione esse sembrano escluse.

Tale subalternizzazione risulta funzionale al mantenimento dello *status quo*.

Dunque, proprio in un'ottica di contrasto rispetto a queste dinamiche e procedendo dalle esperienze di vita delle persone, un approccio di ricerca-azione partecipata e multi-situata si configura come spazio di co-costruzione e inclusione sociale, nonché come motore di cambiamento.

I casi del Centro di Consultazione

Pham Peng Dung, la Violenza Strutturale tra Storia e storia. L'utilizzo dei Determinanti Sociali come traccia per la ricostruzione anamnestica.

L'attività di consultazione svolta con il paziente che chiameremo Pham Peng Dung è stata breve, la sua relazione con il gruppo di lavoro si è concentrata in pochi incontri, due soli con lui presente. La brevità del percorso di consultazione non rispecchia però la complessità del caso. Il lavoro di redazione della valutazione finale ha richiesto una laboriosa attività di ricostruzione della storia di vita del paziente, dipanatasi attraverso una dimensione geografica globale fortemente condizionata da processi Storici secolari. Per facilitare la ricostruzione dei fatti clinici salienti, la struttura narrativa classica è stata affiancata dall'utilizzo del framework dei determinanti sociali come traccia di matrice anamnestica. Per questo motivo la storia di Dung segue un doppio registro: quello narrativo e quello analitico dei determinanti, svelando e mettendo in evidenza attraverso l'intreccio dei due percorsi, la processualità e l'itinerario Storico dell'incorporazione della malattia. Nella malattia di Dung, quindi, coerentemente con l'interpretazione della prospettiva Storica della Krieger²⁴⁹ e di Fassin^{250 251 252}, le storie delle esistenze di gruppi familiari, di comunità e di professionisti sono imbastite dal reticolo di forze che agiscono attraverso la Storia epocale governate da processi macro-politici che influenzano la dimensione locale e le traiettorie di vita dagli individui. Questo quadro teorico che richiama le intuizioni dell'Habitus di Bourdieu²⁵³, e l'Incorporazione di Csordas²⁵⁴ e della Krieger, servirà a introdurre l'analisi della Violenza Strutturale^{255 256} di Farmer quale elemento operativizzabile nel quadro dei Determinanti Sociali di Salute.

Il caso di Dung nelle parole di P.

Il caso è arrivato all'attenzione del Centro di Consultazione nel marzo del 2011, il colloquio è stato prenotato dallo psichiatra di riferimento che chiameremo P., attraverso la scheda di invio reperibile sul sito internet. P. è venuto a conoscenza del Servizio di Consultazione attraverso le riunioni informative dedicate agli psichiatri del distretto, ha due casi da sottoporre, tutti e due riguardanti asiatici (che lui definisce “una galassia a parte”).

P. racconta che Pham Peng Dung è un cittadino vietnamita di 48 anni, rifugiato politico, arrivato in Italia nel '79 con parte della famiglia. Dung ha una diagnosi di psicosi residuale ed è in cura dal 2001, dopo un trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), presso il servizio in cui P. lavora, nel comune che chiameremo di Castiglione. Al momento del primo colloquio il paziente vive da solo

²⁴⁹ Krieger N., 2011, op. cit.

²⁵⁰ Fassin D., *When Bodies Remember Experiences and Politics of AIDS*, South Africa, University of California Press, Ltd. London, England 2007, pp.13-29.

²⁵¹ Fassin D., *The embodied past. From paranoid style to politics of memory*, in *Social Anthropology*, vol. 16, n. 3, 2008, pp. 312-328.

²⁵² Fassin D., Le Marcis F., Lethata T., *Life and times of Magda. A Biography of Violence*, South Africa, *Current Anthropology*, vol. 49, n. 2, 2008, pp. 225-246.

²⁵³ Bourdieu P., Wacquant L.J., *An Invitation to Reflexive Sociology*, The University of Chicago, Cambridge Uk, 1992 pp. 115-140.

²⁵⁴ Csordas T., *Embodiment as a paradigm for anthropology*, *Ethos*, Vol. 18, No. 1., 1990, pp. 5-47.

²⁵⁵ Farmer P., *An anthropology of structural violence*, *Current Anthropology*, vol. 45, 2004, pp. 305-317.

²⁵⁶ Farmer P., *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2006, pp. 265-302.

in una casa comunale dove è seguito da un infermiere specializzato e dai servizi sociali, ed è in terapia in depot per via dell'incostanza nel seguire la terapia orale. Ha un fratello in Vietnam con una psicosi cronica di tipo schizofrenico e una sorella in Italia oligofrenica (non parla e non interagisce, probabilmente anche a causa di difficoltà comunicative). Dung nelle fasi precedenti il TSO ha vissuto prevalentemente con il suo nucleo familiare, ha lavorato con continuità come operaio fino circa alla fine degli anni '80, e poi in un negozio di alimentari.

Le condizioni di salute di Dung si sono aggravate lentamente, e benché non presenti una personalità violenta o non abbia mai commesso reati il suo comportamento con la famiglia è diventato nel tempo sempre più impositivo, fino a risultare ingestibile. Nello specifico, ha cominciato ad essere sospettoso verso alcuni parenti e ad accusarli di essere colpevoli di azioni che vive nella sua fantasia, fino ad offenderli e minacciarli anche attraverso l'invio di piccoli pezzi di carta recanti messaggi. Durante uno di questi episodi, in seguito allo scontro con uno dei familiari che invita Dung a lasciare la casa di sua proprietà nonostante le sue reticenze/resistenze, viene richiesto l'intervento della polizia, seguito dal TSO. P. racconta:

“Il TSO è avvenuto in una villetta molto benestante, la prima e l'unica volta che si sono visti i familiari...dopo non li ho mai più visti, solo una sorella una volta.[...] ci hanno chiamato per un TSO perché non si muoveva da lì... voleva rimanere lì [...] durante il TSO nessuno dei familiari si è mai rivolto a me e la cosa che mi ha sorpreso di più è che man mano che arretravamo, tentando di portarlo fuori, man mano che arretravamo chiudevano le porte a chiave, fino a chiudersi dentro [...] queste sono persone socialmente competenti, si sono chiuse dentro chiudendoci fuori, e dopo aver chiuso la porta di casa non hanno risposto neanche più al citofono. [...] Quando siamo rimasti fuori mi sono molto irritato, non con il paziente, che stava molto male, allucinato, ma con la famiglia, sono rimasto da solo un'ora nel tentativo di farlo entrare in ambulanza.”

Dopo il ricovero la malattia va peggiorando e il paziente perde man mano le sue competenze sociali e relazionali. Sempre P riferisce:

“All'inizio ogni tanto spariva, era molto autonomo andava a Berlino, a Milano.... diceva che andava a trovare i familiari o degli amici, poi certo non ci rimaneva molto, litigava, non riusciva a mantenere le relazioni e veniva rispedito a casa”.

Anche la capacità lavorativa diminuisce con il tempo: mentre all'inizio Dung riesce ancora in qualche modo a lavorare, (da un orologiaio, in una pizzeria), perde poi progressivamente le competenze, segnato dai molti anni di malattia. Dung vive dapprima in una comunità, successivamente in un alloggio protetto ed infine, dal 2008 ad oggi, in un appartamento di proprietà del comune di Castiglione.

P. commenta:

“Per circa sette anni ha peregrinato in diverse strutture, [...] ha un atteggiamento omertoso quando gli nomino la comunità o l'alloggio protetto, si scompensa perché probabilmente è stato maltrattato nelle due strutture [...] nell'alloggio protetto finisce con due manigoldi, due malati psichiatrici ma anche malavitosi, due soggetti che hanno commesso furti e reati probabilmente anche quando erano in casa e che adesso sono ricoverati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario.”

Nella casa del comune Dung riceve l'assistenza domiciliare dei servizi socio-sanitari e per qualche tempo viene raggiunto dalla sorella che vive in Italia. Rispetto al percorso della malattia P osserva:

“Non ci sono altri TSO da fare se non che alcune volte andiamo a fargli dei ricoveri a spinta 5 - 6 volte l'anno [...] per toglierlo dalla strada”. Dung si dichiara soddisfatto della sua condizione, benchè la malattia ne riduca l'autonomia tanto da generare attriti con il resto della comunità. Sempre P riporta:

“Facciamo fatica a fargli tenere l'appartamento perché si veste male, è sporco, mendica, sputa per terra [...] esce d'inverno in ciabatte e boxer e va a mendicare vicino al comune, a chiedere le sigarette, il cibo alle persone al bar, noi gli portiamo anche il cibo ma lo lascia marcire nel frigo [...] al comune cominciano ad essere insofferenti, i cittadini segnalano la situazione e la nuova giunta è molto più ossessiva della vecchia [...] nella nuova giunta sono tutti quarantenni ma stranamente hanno manifestato una espulsività molto maggiore della giunta precedente [...] alla fine non fa molto di male, da solo fastidio e non è bello da vedersi, ma tutti vorrebbero rinchiuderlo, ricevo continue richieste anche molto esplicite tipo «Ma rinchiudetelo, che schifo»”.

Rispetto alla possibilità di un diverso inserimento P. osserva:

“Non è possibile inserirlo in una comunità di lavoro protetta perché non è disponibile a fare attività, a lavorare con gli altri [...] ho anche pensato che l'avremmo messo a ZZZZ (una struttura) ma poi mi hanno fatto capire che non ci sono i soldi, deve morire qualcuno per poterlo inserire. [...] Comunque dopo continue insistenze del Sindaco una operatrice dei servizi sociali si è attivata per risolvere il caso, hanno realizzato un paio di incontri con la famiglia ma con scarsi risultati, [...] ci sono problemi di comunicazione [...] più che con il paziente, la mediazione linguistico-culturale è necessaria con alcuni membri della famiglia [...] i familiari non ne vogliono sapere, sono particolarmente evanescenti, solo una sorella va a fare le pulizie in casa, ma quando vuole lei, non è possibile lavorare con loro. [...] La famiglia lo evita, ci sono una serie di rivendicazioni [...] dei cugini e uno zio che sono venuti al tavolo insieme a una sorella, uno dei cugini è capo della comunità vietnamita (e capo clan) ma è anche quello a cui lui ha più mancato di rispetto, era uno di quelli a cui inviava i messaggi di minaccia. [...] E poi i familiari non sono stupidi, chiaramente non sono disposti a prenderselo in carico per niente, anzi hanno rilanciato chiedendo al comune di prendersi anche la sorella”.

Dall'incontro con P. appare chiaro come al Servizio di Consultazione non venga posto un quesito diagnostico o terapeutico, ma piuttosto un problema di gestione della persona.

La cartella clinica e l'incontro con Dung

Vengono fissati 2 incontri con il paziente, effettuati l'1 e il 9 agosto, con la partecipazione di tre psichiatri del Centro, di P, e di Dung, al momento ricoverato in una struttura per acuti.

L'analisi della cartella clinica e le informazioni ottenute durante gli incontri hanno permesso di ricostruire più nel dettaglio la storia. Dung è nato nel 1962 a Ca-Mau da una famiglia di origine cino-cantonese, quartogenito di cinque fratelli. Il padre muore nel 1964, della madre non riusciamo ad ottenere informazioni, un fratello è deceduto, una sorella vive in Italia e i restanti in Vietnam. Circa dieci anni fa un fratello, una sorella e la madre lo hanno raggiunto per un breve periodo di tempo in Italia.

Come sopra riportato, sono presenti altri casi di disturbo mentale nella sua famiglia: un fratello è affetto da schizofrenia, e una sorella è oligofrenica.

Fino ai 7 anni Dung vive nella cittadina che chiameremo Ca-mau con la famiglia nella casa del nonno, poi, in seguito all'incendio della stessa, si trasferisce con tutto il nucleo familiare a Saigon. Nell'agosto del 1979 arriva in Italia con i cugini, trasportati da una nave Militare Italiana che raccoglieva i profughi di guerra vietnamiti (boat people). Viene collocato temporaneamente in un campo profughi, poi dislocato a Castiglione insieme ai cugini e agli zii. Riferisce di aver lavorato come operaio fino ai 28 anni e poi in un negozio di alimentari. Nel 2001, dopo un episodio acuto si verifica il primo ricovero in TSO a cui è seguita una diagnosi di schizofrenia cronica, da allora risulta seguito dai servizi sociali e psichiatrici in diverse strutture.

L'attuale ricovero nella clinica per acuti è motivato dalla crescente conflittualità/espulsività del comune in cui vive, dovuta al fatto che mendica, che si veste in modo incongruo, che si comporta in modo disturbante.

Durante l'incontro P. riferisce la propria difficoltà nel far aderire il paziente ai progetti riabilitativi e assistenziali. Il quadro psicopatologico riscontrato è sostanzialmente di psicosi residuale con appiattimento ideo-affettivo, difficoltà di concentrazione e attenzione, ritiro. Nonostante il paziente conosca l'italiano, il suo linguaggio è molto povero e poco comprensibile per via della difficoltà nell'articolare le parole (si suppone una disartria da farmaci o una balbuzie).

Il paziente dice di trovarsi molto bene a Castiglione, di avere molti amici che gli offrono caffè e sigarette, e di avere solo qualche problema con gli anziani del paese che si arrabbiano perché sputa per terra. Il suo progetto è di rientrare nella sua casa, e vivere solo, come negli ultimi 3 anni.

Dopo la consultazione

Dopo la consultazione, al termine del ricovero Dung non viene ricondotto nella sua casa, viene invece inviato in una struttura residenziale protetta in cui "si è liberato un posto".

Dopo il trasferimento nell'altra struttura non viene richiesto nessun ulteriore intervento del Centro di Consultazione.

La malattia di Dung ed i suoi determinanti

L'analisi della storia si presta ad osservazioni complesse. Uno degli elementi che emerge quasi subito nell'analisi è la mancanza di autorità di Dung rispetto al significato della malattia ed alla sua traiettoria di vita. Dung ha una percezione soddisfacente della sua condizione, in uno degli incontri riferisce che *"si trova molto bene a Castiglione, ha molti amici che gli offrono caffè e sigarette, ed ha solo qualche problema con gli anziani del paese perché sputa per terra, il suo progetto è di rientrare nella casa, e vivere solo, come negli ultimi 3 anni."* Il suo comprensibile desiderio di autonomia e di de-istituzionalizzazione va letto anche alla luce delle probabili vessazioni subite, riferite da P. *"...quando gli nomino XXXY o l'appartamento si scompensa perché probabilmente è stato maltrattato nelle due strutture [...] per via dei traumi che ha subito rifiuta di andare in comunità o in appartamento e questo ha bloccato la soluzione del caso"*. D'altra parte *"non è possibile inserirlo in una comunità di lavoro protetta perché non è disponibile a fare attività, a lavorare con gli altri"*. Pertanto il trasferimento finale in una struttura residenziale protetta è un evento che va letto in chiave critica.

Attori sociali e risorse di cura

Se Dung non è in grado o non ha le risorse sufficienti per auto-determinarsi, il suo accudimento e la

sua affermazione dipendono dalle risorse rese disponibili dagli altri attori sociali con cui interagisce. Nella nostra storia, gli attori sociali o le istituzioni sono sostanzialmente le reti familiari, le reti amicali, i dispositivi di welfare istituzionali e la comunità.

Reti amicali

Le reti amicali sono le più semplici da analizzare. Dalla consultazione emerge che con l'avanzare della malattia per Dung si riducono gli spazi di relazione personali. Il processo è lento e progressivo, come riferito da P. “...all'inizio ogni tanto spariva, era molto autonomo, andava a Berlino a Milano.... diceva che andava a trovare i familiari o degli amici, poi certo non ci rimaneva molto, litigava, non riusciva a mantenere le relazioni e veniva rispedito a casa”. La riduzione delle capacità relazionali ha effetti anche sulle relazioni, sul posto di lavoro e sulla capacità di mantenere un impiego regolare, pregiudicando il reddito e l'autosufficienza economica.

Reti familiari

Lo stesso processo di deterioramento relazionale avviene nelle reti familiari che vanno però analizzate considerando le rappresentazioni della malattia psichiatrica nel gruppo, il significato attribuito ai comportamenti di Dung e il suo ruolo all'interno della famiglia. Purtroppo per via dell'isolamento del paziente non è stato possibile approfondire direttamente le motivazioni dell'allontanamento. Con le dovute considerazioni rispetto alla semplificazione di modelli culturalizzanti, possiamo comunque estrarre dalla letteratura internazionale alcune utili indicazioni sia rispetto alle regole di convivenza familiare cino-vietnamite, sia rispetto alle concezioni tradizionali della malattia mentale.

Le forme di organizzazione familiare vietnamita e cinese del sud differiscono tra loro principalmente per quanto riguarda il ruolo della donna (più paritario nella cultura vietnamita) ma per via delle influenze confuciane sono ambedue patrilineari, patrilocali e patriarcali. Ambedue i modelli organizzativi sono connotati da un forte senso di appartenenza alla famiglia, tanto che nella cultura vietnamita tradizionale i vari membri possono essere chiamati invece che con il loro nome proprio con il nome della complessa terminologia parentale che li designa.

In tutte e due le culture per via dell'organizzazione dei rapporti interni la famiglia è gerarchizzata e i bambini vengono allevati fin dall'infanzia ad amare, rispettare e obbedire ai propri genitori e al capofamiglia. In tutte e due le culture l'obbligo di obbedienza non si esaurisce con il raggiungimento della maggiore età, il matrimonio, la vecchiaia o la morte. I membri della famiglia che non rispettano o rifiutano quest'obbligo possono essere messi al bando dalla comunità^{257 258}.

Per quanto riguarda la salute mentale il senso e le cause scatenanti variano a seconda del sistema di credenze dei diversi ceppi culturali, specialmente influenzati dal sistema religioso. Nell'animismo la malattia mentale è causata dalla perdita della propria anima o da spiriti vendicativi, nel buddismo da misfatti commessi dal malato o dall'eccesso di desideri, nel taoismo dallo squilibrio di Yin e Yang e nel Confucianesimo dalla debolezza di carattere.

²⁵⁷ Hirschman C., Manh Loi V., *Family and household structure in Vietnam: Some glimpses from a recent survey*, Pacific Affairs, Vol. 69, No. 2, 1996, pp. 229-249.

²⁵⁸ Galanti G.A., *Vietnamese family relationships. A lesson in cross-cultural care*, West J Med., 2000 June, 172(6): 415-416.

Indipendentemente dalle cornici religiose, tradizionalmente la malattia mentale è vista come un evento di cui vergognarsi. A causa di questo stigma è spesso tenuta segreta o negata, prendiamo l'esempio di molti rifugiati che tendono a somatizzare le manifestazioni patologiche e evitare i rinvii alle cliniche di salute mentale, tanto che a causa della sensibilità dell'argomento viene consigliato ai professionisti di usare il termine di salute comportamentale, piuttosto che salute mentale^{259 260 261 262}. Anche se non si è avuto modo di indagare direttamente l'orizzonte culturale a cui la comunità di Dung si riferisce, è verosimile che le difficoltà relazionali (acuitesi con il peggiorare della malattia) e in particolare le accuse, le offese e minacce (soprattutto quelle al capo della comunità effettuate attraverso biglietti minatori e di stregoneria) abbiano causato l'espulsione dal gruppo familiare. L'espulsione può essere stata causata indipendentemente dallo stigma, dalla mancanza di rispetto delle gerarchie o da entrambe le ragioni, e operata attraverso codici culturali ritualizzati. Ad avvalorare questa supposizione c'è il racconto di P. del TSO in cui non appare consumarsi una crisi emotiva, ma al contrario un momento socializzato in cui (a parte Dung) le persone coinvolte sembrano relazionalmente competenti. L'allontanamento avviene attraverso l'intervento di un dispositivo sociale esterno alla famiglia, la Polizia, ed è la Polizia successivamente ad allertare i sanitari. Probabilmente Dung comprende che gli eventi stanno precipitando, forse percepisce la frattura che si sta aprendo con la sua comunità e tenta a suo modo di opporsi. P. dice: *“ci hanno chiamato per un TSO perchè non si muoveva da lì e voleva rimanere lì”*. La ritualizzazione della separazione è percepibile nel racconto: *“nessuno si è mai rivolto a me al momento, non ho parlato con nessuno dei familiari, la cosa che mi ha sorpreso di più è che man mano che arretravamo, mentre io tentavo di portarlo fuori, man mano che arretravamo chiudevano le porte a chiave, fino a chiudersi dentro”*. I parenti non si preoccupano della salute di Dung, non si informano delle sue condizioni, non richiedono un supporto terapeutico: *“queste sono persone socialmente competenti, non mi hanno mai rivolto la parola, si sono chiuse dentro, chiudendoci fuori, e dopo che hanno chiuso la porta di casa non hanno risposto neanche più al citofono”*. Dung probabilmente resiste fino all'ultimo: *“Quando siamo rimasti fuori mi sono molto irritato, non con il paziente, che stava molto male, allucinato, ma con la famiglia, sono rimasto da solo un'ora nel tentativo di farlo entrare in ambulanza...”*

Dopo questo evento il nucleo familiare effettivamente cessa di essere un attore rilevante nella vita di Dung *“i familiari non ne vogliono sapere, sono particolarmente evanescenti”*. Una parte della famiglia vietnamita viene in Italia per un certo periodo, ma è un trasferimento temporaneo, una sorella saltuariamente si prende cura della casa di Dung ma come sottolinea P. *“solo una sorella va a fare le pulizie in casa, ma quando vuole lei, non è possibile lavorare con loro”*. Indipendentemente dalle motivazioni della separazione, comunque, un'altra fonte di risorse a cui Dung può appoggiarsi cessa di essere disponibile, con effetti precipitanti anche sul decorso della patologia.

²⁵⁹ Nguyen L.T., Henkin A.B., *Vietnamese refugees in the United States: adaptation and transitional status*, J. of Ethnic Studies, 1984, 9 (4): 110-116.

²⁶⁰ Hong Ng C., *The stigma of mental illness in Asian cultures*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1997, 31:382-390

²⁶¹ Lien O., *Attitudes of the Vietnamese community towards mental illness*, Australasian Psychiatry, 1993, 1: 11&112.

²⁶² Kleinman A., Mechanic D., *Mental illness and psychosocial aspects of medical problems in China*, In: Kleinman A., Lin T., eds. *Normal and abnormal behaviour in Chinese culture*, Dordrecht: D. Reidel Publishing, 1981, pp. 331-355.

Le istituzioni socio-sanitarie

Con il TSO entrano in scena i dispositivi istituzionali di cura e di welfare erogati attraverso il servizio sanitario nazionale e il sistema dei servizi sociali. Il paziente viene preso in carico dal servizio di salute mentale, ricoverato in una struttura per acuti e viene impostata la terapia. Il percorso terapeutico non riguarda solo il trattamento farmacologico, ma anche gli aspetti preventivi, riabilitativi e di reinserimento sociale.

Una presa in carico così ampia e sui terreni sociale e sanitario è resa obbligatoria dalle normative sanitarie, già discusse nei capitoli precedenti, normative che integrano le linee guida internazionali, le norme specifiche nazionali e regionali sul trattamento e l'assistenza dei malati psichiatrici. La norma sanitaria di riferimento per l'Italia è la legge 180 del 13 maggio 1978²⁶³, che prevede il superamento dell'istituzione manicomiale e la presa in carico della persona nelle strutture non ospedaliere. La legge prevede inoltre la chiusura progressiva dei manicomi, e vieta espressamente la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici e il ricovero di nuovi pazienti in quelli esistenti. L'organizzazione regionale dei servizi ha seguito un iter ancora più articolato e relativamente avanzato rispetto al panorama nazionale. Il processo legislativo regionale è culminato nel Programma "Leggieri": "Integrazione tra cure primarie e salute mentale"²⁶⁴ e nel Piano Attuativo di salute mentale 2009/2011²⁶⁵, che realizza l'integrazione socio-sanitaria tra istituzioni, comunità e professionisti. Ai servizi di salute mentale viene quindi avocato il compito della prevenzione, della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi di salute mentale e della co-gestione con gli altri servizi delle problematiche non direttamente sanitarie.

Le normative di riferimento prevedono un percorso di assistenza su tre livelli, territoriale, semi-residenziale e residenziale, in cui vengono attivate strategie di sostegno al reddito o di inserimento lavorativo, prevenzione e cura e, nel caso dell'assistenza domiciliare, un servizio di supporto sia sanitario che sociale. Riassumendo possiamo dire che il quadro normativo vigente è mirato ad attivare una serie di risorse compensatorie, via via più sostanziose man mano che le carenze del paziente diventano gravi. Esiste quindi un sistema normativo mirato a compensare le fragilità degli individui attraverso un dispositivo di protezione sociale equitativo che alloca risorse crescenti al crescere delle necessità.

Al termine del ricovero acuto il paziente viene ricoverato prima in una struttura residenziale in cui la presa in carico è totale, poi in una semi-residenziale in cui la presa in carico non è continuativa, in seguito in una domiciliare in cui il paziente ha maggiore autonomia, infine ancora in una struttura residenziale chiusa.

Da questa ricostruzione si può rilevare l'utilizzo delle strutture più istituzionalizzanti quando le condizioni relazionali del paziente erano migliori e di quelle più aperte quando le condizioni erano deteriorate. La comprensione di questo itinerario terapeutico tortuoso è ancora una volta possibile a partire dalla constatazione che l'impianto tecnico scientifico non è l'unico campo di forze che interagisce con le scelte terapeutiche. In primo luogo la psichiatria stessa è attraversata da un dibattito internazionale rispetto alla de-istituzionalizzazione e de-penalizzazione della salute mentale, alla costruzione sociale della

²⁶³ Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Legge 13 maggio 1978, n.180. Da: http://www.tutori.it/L180_78.html

²⁶⁴ Programma regionale "Giuseppe Leggieri", integrazione tra cure primarie e salute mentale. Da: <http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/programma-regionale-giuseppe-leggieri-integrazione-tra-cure-primarie-e-salute-mentale>

²⁶⁵ Piano attuativo Salute Mentale 2009-2011. Da: <http://www.saluter.it/documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr-313-2009>

malattia mentale e all'organizzazione dei servizi che vede confrontarsi diverse posizioni professionali ma anche diverse prospettive politiche, sociali e culturali^{266 267 268 269 270}. Queste tensioni tra posizioni e interpretazioni influenzano l'organizzazione dei servizi, la loro implementazione sul campo, il comportamento dei professionisti e degli amministratori, dei politici e dei cittadini. D'altra parte l'iter attuativo della legge 180 si è dovuto scontrare con diverse difficoltà organizzative, formative e finanziarie e la chiusura dei manicomi non sempre è stata accompagnata da un'efficace implementazione delle strutture territoriali^{271 272}. La mancata o insufficiente riorganizzazione dei servizi sostitutivi al manicomio e la difficoltà di integrazione dei servizi sanitari e sociali di cui abbiamo parlato nei capitoli precedenti unita al costo economico del trattamento integrato sono alla base delle difficoltà di inserimento dei pazienti nei percorsi assistenziali appropriati. Per quanto riguarda il sostegno economico, infatti, come descritto nel capitolo relativo al territorio e ai servizi, le risorse a disposizione per l'assistenza nel contesto sono limitate da una serie di fattori: il patto di stabilità limita l'impegno economico dei comuni indipendentemente dalla disponibilità di risorse; la crisi economica prolungata ha aumentato il numero delle persone che necessitano assistenza; le risorse sempre più scarse hanno creato una competizione tra gli utenti che avvantaggia quelli maggiormente in grado di accaparrarsele; i servizi operano una razionalizzazione occulta delle risorse destinandole ai casi che possono essere reinseriti nel tessuto produttivo o comunque che hanno la prospettiva di uscire dai servizi in tempo breve; l'esternalizzazione dei servizi socio-sanitari al privato sociale e il blocco del turnover hanno portato all'assunzione di lavoratori giovani e precari con una minore esperienza e una ridotta capacità risolutiva dei problemi dei pazienti; è aumentato il numero degli utenti che si rivolgono ai servizi senza prospettiva di tornare ad una condizione di autonomia con la possibilità di una cronicizzazione nella fruizione dei servizi e l'instaurarsi di una relazione di dipendenza insoddisfacente rispetto alle istituzioni.

Rispetto alle scelte terapeutiche quindi i vincoli strutturali, relazionali e di risorse emergono dal contesto con una forza paragonabile a quella dei protocolli terapeutici, nelle parole dello stesso P.:

“ ho anche pensato che l'avremmo messo a ZZZZ ma poi mi hanno fatto capire che non ci sono i soldi, deve morire qualcuno per poterlo inserire [...] “non ci sono altri TSO da fare se non che alcune volte andiamo a fargli dei ricoveri a spinta 5 - 6 volte l'anno [...] per toglierlo dalla strada”

Il ricovero nella residenza sanitaria psichiatrica in cui avviene la consultazione è motivato esclusivamente dall'espulsività conflittuale con la comunità.

²⁶⁶ Foucault M., *Storia della follia o follia dell'età classica*, Biblioteca Universale Rizzoli, 1972.

²⁶⁷ Di Vittorio P., *Foucault e Basaglia. L'incontro tra genealogie e movimenti di base*, Ombre corte edizioni, Verona, 1999.

²⁶⁸ Fioritti A. (a cura di), *Leggi e Salute Mentale – Panorama Europeo della Legislazione di Interesse Psichiatrico*, Centro Scientifico Editore, 1999.

²⁶⁹ Re E., *I servizi di Salute Mentale: Storia e organizzazione Istituzionale*, Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda, Dipartimento di Salute Mentale. Da:

http://www.personaedanno.it/index.php?option=com_content&view=article&id=25059&catid=129&Itemid=376&mese=09&anno=2007

²⁷⁰ Corbellini G., Jervis G., *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, 2008.

²⁷¹ Priebe S., Fioritti A., *Dopo la deistituzionalizzazione: stiamo imboccando il cammino contrario?* *Psichiatria di Comunità*, 3, 2004, pp. 137-144.

²⁷² Erlicher A., Maranesi T., Re E., Stuflesser M., *La legge 180 e lo stato dell'arte psichiatrica trent'anni dopo*. *Psichiatria di Comunità*, 4, 2008, pp. 177-180.

Infine, in relazione alla condizione di cittadino straniero Dung ha uno status privilegiato, ha un permesso di soggiorno da rifugiato politico, e la sua permanenza in Italia non dipende dal contratto di lavoro, non è a rischio di irregolarità e non è espellibile.

La comunità

L'ultimo degli attori sociali che prenderemo in analisi nell'itinerario terapeutico di Dung è la comunità in cui è inserito. L'importanza della comunità emerge nella consultazione come elemento di relazione negativo e fattore di rischio, dovuto alla conflittualità generatasi tra il paziente e alcuni dei cittadini di Castiglione. Dung, come dice lo stesso P., non è violento né pericoloso, non è una minaccia, ma è fastidioso e “*brutto da vedere*”. Con il progredire della malattia è sempre meno in grado di gestire la sua vita, di gestire la casa e se stesso. I suoi comportamenti sempre più strani, come già detto, generano attriti con la comunità tali da mettere in difficoltà il curante:

“ Facciamo fatica a fargli tenere l'appartamento perché si veste male, è sporco mendica, fa marcire le cose nel frigo, sputa per terra [...] esce d'inverno in ciabatte e boxer e va a mendicare vicino al comune a chiedere le sigarette, il cibo alle persone al bar, noi gli portiamo anche il cibo ma lo lascia marcire nel frigo [...] al comune cominciano ad essere insofferenti, i cittadini segnalano la situazione, e la nuova giunta è molto più ossessiva della vecchia [...] nella nuova giunta sono tutti quarantenni ma stranamente hanno manifestato una espulsività molto maggiore della giunta precedente (più anziana) [...] alla fine non fa molto di male, dà solo fastidio e non è bello da vedersi, ma tutti vorrebbero rinchiuderlo, ricevo continue richieste anche molto esplicite tipo «ma rinchiudetelo che schifo»”.

Le parole di P. mettono in rilievo differenti aspetti, tra cui: le ridotte capacità relazionali di Dung, l'irritazione della comunità rispetto ai suoi comportamenti irrispettosi e non conformi alle regole sociali, la richiesta di intervento alle autorità comunali e non di polizia, l'incapacità del servizio socio-sanitario responsabile del paziente di far fronte al problema.

La ragione della forte espulsività generatasi nel contesto comunitario è stata indagata attraverso l'analisi quali-quantitativa del territorio e dello spazio di vita Dung. Ai dati quantitativi e descrittivi del territorio sono state affiancate l'analisi documentale e l'osservazione diretta del contesto.

L'analisi è cominciata dallo spazio di vita di Dung, dal contesto in cui è inserito il suo appartamento, nel comune di Castiglione, in una posizione attigua al municipio e alla Piazza della cittadina. Dung, in effetti, vive come dice P. “nel salotto buono” di Castiglione, una gradevole e centrale piazza nel mezzo di un tranquillo borgo residenziale chiuso al traffico, dominata da uno storico e prestigioso Palazzo Comunale, e, come in ogni piazza centrale che si rispetti, da una Chiesa medievale di valore artistico e culturale. Le caratteristiche immediatamente percepibili della piazza sono la sua tranquillità, il silenzio e il clima familiare. Tutto l'area è zona pedonale e i rari veicoli dei residenti procedono a velocità contenuta attraverso le strette vie del centro circondate da case senape e amaranto alte al massimo due piani, con i loro portici e le corti. Questo aspetto rende la piazza un luogo di ritrovo ideale, a metà strada tra la villetta comunale e il salottino all'aperto. Forse per questo il comune l'ha arredata con panchine e aiuole e gli esercizi commerciali che si affacciano su di essa, il classico “bar sport”, la pasticceria-gelateria, il ristorante, hanno tutti provveduto

ad arredare i portici con tavolini, panche e gazebo.

In questo armonico contesto Dung risulta realmente incongruo, soprattutto quando esce di casa senza vestirsi, “in ciabatte e boxer anche in pieno inverno”, quando sputa per terra o mendica.

Allo stesso modo è facile comprendere perché il comune sia così direttamente chiamato in causa: il municipio si trova nello stesso luogo ed è facilmente e immediatamente raggiungibile dai cittadini che intendono lamentarsi; le autorità comunali sono potenzialmente testimoni diretti o coinvolti nelle interazioni con Dung.

P. aggiunge alcuni elementi alla riflessione:

“..nel Comune nuovo (i nuovi eletti) sono tutti quarantenni, ma inaspettatamente, invece di essere più aperti, hanno manifestato una espulsività molto maggiore rispetto alla giunta precedente..”, “..adesso le persone fanno le segnalazioni al Comune, e la nuova giunta è molto più ossessiva della vecchia.”

La nuova giunta comunale è in effetti molto giovane, il sindaco trentenne è un laureato “disoccupato”, al di là del vicesindaco gli assessori hanno tutti meno di quarant'anni. Tra i circa venti consiglieri comunali ci sono alcuni ventenni, molti trentenni e un solo laureato. Tutti gli eletti si sono candidati in liste civiche e nei manifesti elettorali non era apertamente presente nessun simbolo di partito né di affiliazione politica. L'analisi dei programmi elettorali ha mostrato come questi abbiano riguardato temi prevalentemente locali, come il rinnovamento della politica, un contatto più diretto con la cittadinanza, il rilancio della città, la vivibilità, mentre non sono emersi temi legati alla migrazione né all'integrazione con i nuovi cittadini.

Castiglione è un piccolo centro con una popolazione al 31/12/2010 di 6.959 abitanti, al margine della provincia (a 30 km), subito confinante con quella successiva (a 35 km circa), a circa cinquanta minuti in automobile dai due capoluoghi, immerso nella bassa Pianura Padana. Castiglione fatica a mantenere il saldo demografico, la crescita naturale è prevalentemente negativa dagli anni 2000 e i livelli di popolazione sono sostenuti dalla migrazione. Al 31/12/2010 nel comune abitavano 591 migranti che rappresentavano l'8,5% del totale della popolazione, le prime 10 nazionalità erano Marocco (151), Albania (95), Tunisia (91), Repubblica Popolare Cinese (62), Romania (56), Pakistan (30), Ucraina (26), Polonia (18), Mauritius (7). La presenza straniera riguarda soprattutto nuclei familiari con minori, il cui numero è in costante aumento. A fronte di un 8,5% di cittadini stranieri, nelle scuole del Comune (elementare e media) si registrava già nell'anno scolastico 2007-2008 una presenza di circa il 20% di alunni non cittadini italiani. Il Comune ha un reddito pro-capite medio-alto, (superiore ai 20.000 € anno e tra i primi 1000 comuni per indice di reddito sui 8094 comuni italiani) grazie ad un ricco comparto commerciale manifatturiero, edile e industriale, all'allevamento e a un'agricoltura particolarmente favorevole per via delle condizioni oro-geografiche del territorio.

Gli stranieri presenti sono quasi esclusivamente regolari occupati nelle attività produttive della zona, l'irregolarità difficilmente censibile coinvolge numeri molto piccoli ed è legata in prevalenza al fenomeno del badantato. Nel territorio comunale è attivo uno sportello del Punto Migranti gestito da una cooperativa del privato sociale, che offre gratuitamente ai cittadini stranieri servizi di mediazione e traduzione, di supporto burocratico, corsi di italiano e consulenza legale. Da una rapida ricerca sulla cronaca locale non risultano notizie riguardanti eventi pregiudiziali che coinvolgono i migranti nel territorio del Comune, e allo

stesso modo anche i processi di integrazione non rappresentano una problema di primo piano.

P. rispetto ai problemi di convivenza commenta:

“ ..sul territorio direi che ci sono pochi immigrati ed abbastanza assorbiti [...] XXXX ha una pessima fama di accoglienza, ma collaboro con assistenti giovani... a Castiglione la situazione è più variegata [...] molti migranti nord africani, marocchini racchiusi nei loro nuclei familiari, con problemi soprattutto per quanto riguarda le seconde generazioni, i rapporti fra generazioni fanno scintille [...] si rivolgono ai servizi in modo molto aggressivo [...] gli asiatici sono una galassia a parte la migrazione asiatica è molto invisibile”.

Dall'analisi del contesto politico, sociale e geografico in cui Dung vive, emerge quindi come il fattore scatenante il conflitto riguardi la sfera del decoro, del rispetto delle regole e della tranquillità della comunità in un contesto in cui il legame tra cittadini e territorio e tra cittadini e istituzioni è molto forte e diretto; e' per questo che nella gestione della contrapposizione vengono chiamati in causa i rappresentanti della comunità e non le forze dell'ordine. Infine su Dung pesa di più la sua condizione di malato mentale cronico socialmente non accettato e non quella di straniero, la richiesta è infatti "rinchiudetelo", non "mandatelo via".

Gli attori in una dimensione relazionale

L'attrito generato con la comunità quindi non può essere risolto responsabilizzando Dung, o semplicemente espellendolo dal territorio, dalla casa, dall'Italia, nè rinchiudendolo in una struttura penitenziaria o manicomiale. La risoluzione della crisi passa quindi attraverso il dispositivo di cura che lo ha in carico, l'unico nel contesto ad avere la legittimità e l'autorità per compiere un'azione risolutiva. Il servizio sanitario però sta già investendo il massimo delle risorse a disposizione attraverso un percorso integrato tra servizi sociali e sanitari ed il quadro normativo impedisce la reclusione di Dung. Le risorse necessarie devono essere quindi reperite all'esterno delle istituzioni e nello specifico l'unica strada che può essere tentata è richiedere la partecipazione della famiglia. L'assistente sociale coinvolto nella municipalità riesce ad organizzare una riunione con la famiglia con l'intento di trasferire parte della responsabilità del percorso terapeutico, del controllo e del contenimento alle reti sociali, trasferendo contestualmente le responsabilità economiche.

Come detto la strategia non funziona, la rete familiare non è disposta ad aiutare i servizi senza una contropartita ed avanza alcune rivendicazioni, chiede una compensazione economica o la presa in carico dell'altra sorella. L'esito negativo delle negoziazione non sorprende, anche se le rispettive richieste sono legittime e sensate. Per i servizi è vantaggioso l'accudimento domiciliare del paziente cronico e per la famiglia sarebbe vantaggiosa una compensazione economica per l'allocazione di una risorse interna. Al tavolo della trattativa la comunità è pronta a negoziare, arriva con le sue proposte e con una strategia ed è disponibile a superare i problemi relazionali con Dung. I servizi si siedono al tavolo per convincere la famiglia ad aderire ad una proposta, ma non hanno indagato né chiarito i motivi dell'espulsione di Dung, non hanno indagato se sono necessari atti riparatori sociali o culturali e non sono supportati da quadro normativo-burocratico che definisca gli accordi tra istituzioni e famiglie.

Intrecci tra storie e Storia, la malattia tra diagnosi clinica e trama dei vissuti

Per interpretare alcuni dei passaggi della vicenda di Dung è necessario ampliare l'orizzonte degli eventi e aprire lo sguardo agli avvenimenti che ne hanno plasmato l'esistenza attraverso le molteplici interazioni con i contesti sociali, politici, culturali con cui è entrato in contatto. Se per esempio prendiamo in considerazione elementi assodati come la diagnosi di schizofrenia di Dung, le informazioni rispetto a un altro fratello schizofrenico e a una sorella oligofrenica sembrano puntare a una familiarità per la malattia mentale e rinforzare l'ipotesi diagnostica. L'oligofrenia della sorella sembra indicare un disturbo linguistico adattativo "non parla e non interagisce probabilmente anche a causa di difficoltà comunicative", che non viene ulteriormente indagato né menzionato. La sorella stessa ricompare nei discorsi del centro di consultazione altre due volte: rispetto all'accudimento di Dung: "...solo una sorella va a fare le pulizie in casa, ma quando vuole lei, non è possibile lavorare con loro...", e al momento della contrattazione con la famiglia, quando ne viene chiesta la presa in carico da parte dei servizi. Questi elementi, che sembrano marginali e non sono mai presi in considerazione neanche dal gruppo di consultazione (espressamente focalizzato sul caso di Dung) cominciano invece a ricomporsi con la scrittura del rapporto finale, quando appunto gli eventi sono stati analizzati nelle loro dimensioni geograficamente ampie e storicamente profonde.

Un dettaglio molto invitante per la riflessione è emerso durante la riunione di consultazione successiva all'incontro con il paziente. B., uno degli psichiatri del gruppo, ha esordito dicendo "e poi abbiamo saputo che Dung è un Boat People lo hanno portato con la nave XYZ mi pare". L'informazione relativa a un preciso avvenimento storico ben documentato ci ha consentito di raccogliere una serie di informazioni proveniente dalle cronache dell'epoca e dalle interviste ai protagonisti della vicenda.

Dai giornali dell'epoca e dalle ricostruzioni più contemporanee si può ricavare che l'operazione «boat people» inizia nel luglio 1979, con l'impiego della Marina Militare Italiana nelle acque del mare cinese del sud e del golfo della Thailandia nel tentativo di salvare i profughi vietnamiti. Nelle operazioni vengono per l'appunto utilizzati due incrociatori, lo XYZ (salverà Dung e la sua famiglia) e una nave d'appoggio.

Dalle cronache si apprende inoltre che tutti i salvataggi hanno coinvolto naufraghi in pessime condizioni, assaltati e derubati dai pirati, alla deriva per giorni senza acqua né cibo, respinti in alto mare dalla marine dei paesi limitrofi sotto la minaccia delle armi, situazione in cui presumibilmente sono stati coinvolti anche Dung e famiglia.

Sempre dalla consultazione si apprende che la famiglia di Dung è costretta a spostarsi dalla città di CaMau a Saigon dopo l'incendio della casa del nonno.

Queste informazioni aprono uno squarcio sulle condizioni di vita del paziente prima dell'arrivo in Italia, sulla scarsa raccolta di dati anamnestici, e sulla mancanza di informazioni rispetto ai fattori di rischio e ai determinanti a cui Dung e la sua famiglia sono stati esposti prima e durante il processo migratorio.

Per la rilevanza degli eventi storici a livello locale, regionale e internazionale è stato relativamente semplice indagare l'intreccio tra la storia di vita di Dung e la storia delle condizioni politiche e sociali del contesto in cui era immerso.

Partendo dalla condizione di migrante, per esempio, è emerso che la storia migratoria del gruppo familiare ha radici molto più antiche rispetto all'arrivo in Italia, che la condizione di rifugiato in cui Dung si trova deriva da una storia politica che coinvolge le relazioni internazionali nel secondo dopoguerra, e che la costruzione sociale della sua identità è definita dalla storia delle relazioni

vecchie di secoli tra le popolazioni del sud della Cina e del Vietnam.

Nello specifico Dung è figlio di una famiglia cantonese (nel sud della Cina) che vive in Vietnam da un paio di generazioni, seppur continuando a mantenere la sua identità cinese (Dung appartiene alla terza generazione in Vietnam e ancora si identifica come cino-vietnamita). Le ragioni di questa mancata integrazione risiedono nelle reciproche costruzioni e rappresentazioni dei due gruppi, dovute a relazioni storicamente sedimentate. Le migrazioni cinesi nel Vietnam, infatti, sono molto antiche e tutt'altro che pacifiche, la loro storia si definisce per lo meno a partire dal 100 a.C., con l'invasione e l'occupazione militare del nord Vietnam da parte dei cinesi. Il Vietnam del nord rimane provincia cinese per quasi mille anni e, dopo la rivolta del 39 a.C., è oggetto di una crescente strategia di sinizzazione. L'indipendenza arriva attraverso una rivolta nel 940 a.C., seguita da un periodo di instabilità politica e di guerre feudali, durante le quali, di volta in volta, la presenza cinese viene tollerata o repressa. Dopo il 1644 d.C. per via del crollo della dinastia Ming, si ha una impennata della presenza cinese a causa dell'alto numero di rifugiati transfrontalieri. Gli immigrati cinesi si dedicano al commercio e agli affari, si riuniscono prevalentemente in enclavi fortemente connotate, isolate dal resto della popolazione e indipendenti per quanto riguarda le infrastrutture (scuole, luoghi di culto, teatri, associazioni), la scarsa integrazione e le diffidenze generate dalle attività economiche causano ripetute repressioni da parte di feudatari locali.

I flussi migratori riprendono ancora con la colonizzazione francese, alla fine del 1800, e proseguono per tutta la Seconda Guerra Mondiale quando il Vietnam (come la Cina) viene invaso dai Giapponesi che costituiscono e controllano l'Impero del Vietnam. A questo punto della storia le relazioni di potere determinate dalle invasioni, dalle guerre per l'indipendenza e dalle relazioni economiche hanno già contribuito a modellare le rappresentazioni reciproche dei due gruppi nazionali, e le loro identità percepite e indotte attraverso forme precarie di convivenza estremamente radicate negli immaginari collettivi dei due gruppi.

Le relazioni si aggravano ulteriormente alla fine della seconda Guerra Mondiale, con l'emergere dei nazionalisti-comunisti di Ho Chi Minh. I comunisti vietnamiti si oppongono duramente all'occupazione Giapponese attraverso una forte e radicata organizzazione politico-militare, tanto che alla fine della seconda Guerra Mondiale sono in grado di prendere il controllo del territorio, costituire uno stato indipendente e dichiarare nullo il trattato di pace coloniale siglato con i Francesi nel 1883. La dichiarazione di indipendenza provoca il pronto intervento militare dei francesi in tutta l'Indocina e la loro definitiva sconfitta nella battaglia di Dien Bien Phu. La fine dell'epoca coloniale apre però il problema della sovranità nazionale in un'epoca politica che è già di guerra fredda. Gli equilibri strategici regionali esitano negli accordi della Conferenza di Ginevra con la divisione dell'Indocina in Cambogia, Laos e Vietnam del nord e del sud. La riunificazione del Vietnam decolonizzato non è un problema di poco conto, da un lato l'autodeterminazione e la liberazione da giapponesi e francesi dipendono indubbiamente dalle forze rivoluzionarie di Ho Chi Minh che controllano il territorio del nord e non possono essere estromesse dal processo di pacificazione, dall'altro però le forze rivoluzionarie sono comuniste e rischiano di spostare gli equilibri della regione nell'orbita del blocco est. I destini del Vietnam quindi, ancora una volta non dipendono esclusivamente dalle dinamiche locali ma sono definiti dai processi globali in atto in un mondo diviso in blocchi, in cui un governo comunista in Vietnam viene visto con grande apprezzamento da Cina e Russia, ma con forte preoccupazione da Stati Uniti e Nato che temono un effetto domino nella regione. Nella conferenza di Ginevra quindi si discutono interessi che vanno ben oltre il processo di decolonizzazione del Paese, e coinvolgono gli assetti politici internazionali in piena guerra fredda. La diplomazia internazionale raggiunge una mediazione dichiarando il Vietnam unico ed indivisibile, ma posticipando le elezioni di un governo civile democraticamente eletto al

1956. Per intanto il Vietnam viene momentaneamente suddiviso in un nord, sotto l'influenza delle forze di Ho chi Minh, e un sud presieduto da un presidente cattolico filo-occidentale. Gli USA convincono il leader sudvietnamita Diem a rifiutare le elezioni nazionali e a dichiarare lo stato sovrano del Vietnam del Sud.

Alla storia di Dung si aggiungono quindi alcuni elementi rilevanti: il Nord comunista espropria le terre ai latifondisti, nazionalizza compagnie, industrie e sistema produttivo, mentre il sud esegue una campagna di sterminio di comunisti e simpatizzanti viet-minh, i quali risponderanno con attacchi di guerriglia in tutta la regione, dando di fatto inizio al processo che porterà alla guerra.

I migranti Cinesi sono direttamente coinvolti nel processo, come già detto sono prevalentemente commercianti o dediti agli affari, nel nord vengono colpiti economicamente dalle nazionalizzazioni e politicamente dalla persecuzioni anticapitaliste. Perciò la diaspora è costretta a riparare in Cina o nel sud del paese dove li attende una situazione difficile e instabile destinata a precipitare nel giro di qualche anno.

La guerra finisce con la vittoria del Vietnam del Nord dopo vicende belliche sanguinose che lasciano il paese duramente provato e impoverito, oltre a questo nel sud del Paese viene messa in atto una forte repressione degli anti-comunisti (oltre un milione di persone vengono internate in campi di rieducazione). Dopo anni di sfruttamento coloniale, di occupazione, conflitto ed economia di guerra i terreni agricoli sono resi improduttivi dalle bombe e dall'agente arancio, l'economia è frenata dalla bassa capacità lavorativa della popolazione, morta in guerra, ferita o traumatizzata. La condizione della minoranza cinese è particolarmente difficile per via delle politiche interne e del rapido deteriorarsi dei rapporti tra Cina e Vietnam (il Vietnam entra di fatto nella sfera di influenza sovietica firmando con l'URSS il trattato di amicizia e cooperazione e aderendo al Consiglio di Mutua Cooperazione Economica). La tensione tra i due paesi sfocia addirittura in una guerra di 29 giorni dopo l'invasione vietnamita della Cambogia causando un inasprimento delle persecuzioni delle minoranze accompagnate da un'espulsione forzata verso la RPC che coinvolgerà circa 200.000 persone.

Dung nasce in questo contesto, a Ca-Mau, una provincia dell'estremo sud del Vietnam, nel 1962, nel pieno delle attività di guerriglia dei vietcong nel sud del paese. Vive in una famiglia allargata insieme ai nonni ed altri parenti. Non si hanno notizie dirette sulle attività economiche e sulla posizione sociale della famiglia, ma si desume che anch'essa fosse impegnata in attività commerciali.

Il padre di Dung muore nel 1964 quando lui ha solo due anni, non abbiamo notizia sulla morte del genitore ma sappiamo che nel 1964 le annose vicissitudini della regione sono ormai maturate in una guerra aperta tra nord e sud del paese.

Alla morte del padre Dung va a vivere nella casa del nonno con il resto della famiglia e lì resta fino all'incirca all'età di sette anni, quando nel 1971, dopo l'incendio della stessa, deve trasferirsi con tutto il nucleo familiare da CaMau a Saigon (capitale del sud dal 1950), distante circa 300 Km. Non sappiamo se l'incendio della casa sia stato accidentale, dovuto alla guerra o a una azione anti-cinese, ma di sicuro si iscrive nelle degradate condizioni sociali e di vita all'interno di quel periodo storico. La famiglia comunque vive a Saigon per altri otto anni, fino alla riunificazione del Paese, quando comincia anche nel sud la nazionalizzazione dell'economia, la collettivizzazione delle terre e la persecuzione anti-cinese. Dal contesto storico si può supporre per la famiglia di Dung una condizione di vita progressivamente più difficile, che esita nell'agosto del 1979 nella fuga dal Paese.

Gli scenari in cui avviene la fuga sono egualmente complessi e coinvolgono, ancora una volta, le dimensioni personali, familiari, locali e internazionali. Senza la comprensione dei vari piani

attraverso i quali il processo migratorio si compie è impossibile comprendere quali siano le ripercussioni sulla traiettoria di vita di Dung, sulle modalità della sua presenza in Italia, sulla sua esperienza personale e la percezione soggettiva.

Per quanto riguarda le condizioni locali, come detto, dalla riunificazione del Paese nel 1976 sussistono una serie di fattori di espulsione causa di un massiccio esodo di vietnamiti, non solo di origine cinese, che si arresterà solo alla fine degli anni '80 e vedrà la fuga dal Paese di più di 800.000 persone (il fenomeno è conosciuto come boat people).

Le dimensioni politiche aperte dai boat people sono diverse: sul piano delle politiche governative già nel 1978 le autorità sono costrette ad autorizzare "l'espatrio" della popolazione fino a una quota di 10.000 persone al mese. "L'espatrio" avviene prevalentemente per mare su imbarcazioni di fortuna, zattere, chiatte, spesso non adatte alla navigazione o in sovraccarico. Un numero imprecisato di persone muore annegato, per fame, per sete o freddo.

Sul piano delle politiche regionali a influenzare gli esodi ci sono i rapporti sempre più tesi tra Vietnam, Cina e Russia, che invischiano le minoranze cino-vietnamite nello scenario dei conflitti locali. Le tensioni locali e gli esodi assumono anche un valenza globale dal momento che sono utilizzati in chiave anticomunista dagli Stati Uniti e dai paesi del blocco occidentale.

I profughi che lasciano il Paese quindi si trovano intrappolati in un dispositivo socio-politico estremamente articolato: la fuga dal Paese si connota per la forte spinta all'allontanamento dalle condizioni di vita precarie e dalle persecuzioni e non si accompagna ad un preciso progetto migratorio; le persone in fuga si trovano a fronteggiare uno scenario internazionale complesso che ne limita fortemente la capacità di auto-determinazione; i profughi rappresentano una novità per la macchina degli aiuti internazionali impreparata nell'affrontare una emergenza umanitaria fuori dai territori di uno Stato Nazione sovrano; gli aiuti umanitari sono facilmente strumentalizzati come ingerenze delle Comunità Internazionale in affari locali.

Le prime ondate di profughi mettono velocemente in crisi i paesi limitrofi, Hong Kong, Macao, Malaysia, Thailandia, Indonesia e Filippine, che vengono in breve saturati da decine di migliaia di persone in fuga e senza una meta, accolti all'inizio in campi di accoglienza da cui non sono capaci di uscire autonomamente, e per questo successivamente ospitati in strutture di smistamento teoricamente internazionali; infine, vista l'inerzia della Comunità Internazionale, molti vengono respinti direttamente in alto mare con la minaccia delle armi, quando non rimessi nei barconi e riportati a largo.

Di fronte a questo dramma la pressione dell'opinione pubblica mondiale si fa crescente, si mobilitano intellettuali ed esponenti religiosi, e si fa sempre più pressante la richiesta di intervento delle Nazioni Unite. Si arriva perciò, attraverso alterne vicende, all'intervento dei paesi occidentali, prima sotto forma di aiuti economici ai paesi limitrofi a supporto dell'assistenza ai rifugiati presenti, e poi, visti i respingimenti e l'espulsione, con l'accoglienza di una certa quantità di profughi nei rispettivi territori nazionali.

Il fatto rilevante nella storia di Dung è che l'Italia parteciperà alle operazioni umanitarie con finanziamenti per alcune centinaia di milioni di lire dell'epoca, e con l'organizzazione di una missione di salvataggio in mare.

L'operazione presenta una serie di aspetti giuridici e geo-politici rilevanti. Cominciando da quelli giuridici, l'operazione italiana solleva una serie di riflessioni sul ruolo della protezione internazionale in un contesto eurocentrico in cui le normative internazionali sono ancora ferme alla protezione dei rifugiati nelle guerre mondiali e le normative umanitarie prevedono l'arrivo dei profughi all'interno del paese. L'intervento italiano per configurarsi come umanitario deve inserirsi

nel novero degli interventi di protezione civile internazionale, non può essere estemporaneo ma deve prevedere la presa in carico delle persone raccolte in mare. Il salvataggio e il recupero dal mare sulle navi italiane equivale all'approdo sul territorio nazionale, e l'Italia quindi è responsabile dell'espletamento delle procedure di rilascio del visto per motivi umanitari. L'intervento italiano quindi non può essere solo emergenziale e deve prevedere un corposo impegno per l'accoglimento sul territorio nazionale e l'inserimento in programmi di protezione. Ovviamente il quadro normativo e i protocolli attuativo devono essere completamente definiti.

Ai naufraghi tratti in salvo deve essere letto, tradotto in lingua, il seguente annuncio: «Le navi vicine a voi sono della Marina Militare dell'Italia e sono venute per aiutarvi. Se volete, potete imbarcarvi sulle navi italiane come rifugiati politici ed essere trasportati in Italia. Attenzione, le navi vi porteranno in Italia, ma non possono portarvi in altre nazioni e non possono rimorchiare le vostre barche. Se non volete imbarcarvi sulle navi italiane potete ricevere subito cibo, acqua e infine assistenza e medici. Dite cosa volete fare e di cosa avete bisogno». Alla fine tutti i profughi sceglieranno di essere assistiti a bordo, saranno 905 ed arriveranno in Italia il 20 agosto 1979, trasferiti in differenti campi della protezione civile tra cui uno in Emilia-Romagna, campo in cui arrivano Dung e la famiglia.

Il progetto italiano di protezione prevede l'accoglienza, l'espletamento delle procedure di riconoscimento del diritto di asilo, l'assegnazione ai capifamiglia di un sussidio e la loro iscrizione alle liste di collocamento. Il percorso contempla una prima fase di assistenza garantita a cura dello Stato e una seconda, legata alla ricognizione puntuale delle risorse per l'inserimento, a cura degli enti locali, sotto il coordinamento delle Regioni, dei Comitati provinciali e degli Uffici periferici dello Stato.

Se in un primo momento sono stati gli attori privati a offrire lavoro ed accoglienza, la gestione non emergenziale dell'operazione, al di là dei clamori mediatici, presenta non poche difficoltà. L'operazione di protezione civile internazionale funziona in questo caso come una lente di ingrandimento per una serie di dispositivi sociali e normativi totalmente inadeguati allo scenario internazionale. In primo luogo la convenzione di Ginevra si riferisce ai soli profughi europei, perciò per conferire lo status di rifugiato ai vietnamiti è necessaria una legge deroga; secondariamente, il sistema burocratico italiano è pensato per regolare l'accesso ai servizi e all'assistenza ai cittadini italiani, e l'estensione dei servizi di protezione sociale ai cittadini stranieri, benché protetti dallo status di rifugiati, non è esplicitamente previsto dalle normative, per cui il vuoto legislativo funziona di fatto come barriera di accesso ai servizi. I tempi di studio per la nuova normativa ritardano la possibilità di regolarizzazione dei profughi, e ancora la burocrazia è causa del mancato versamento del sussidio così come della ritardata apertura di infrastrutture necessarie all'inserimento, quali le scuole di italiano. Per lo stesso motivo gli enti locali non riescono a rendere disponibili fondi e posti di lavoro pubblici e quando ci provano i comitati regionali di controllo annullano per illegittimità le loro delibere e quelle delle AUSL.

Analizzando invece la situazione a livello internazionale, dal punto di vista politico l'operazione di soccorso in mare affidata alla marina militare genera una serie di reazioni. Il quotidiano di stato cinese spende parole di elogio e di incoraggiamento per l'operazione, mentre il governo indonesiano e soprattutto quello vietnamita interpretano negativamente la presenza italiana nei pressi delle loro acque nazionali, etichettandola come propaganda; i vietnamiti in particolare accusano l'Italia di voler favorire l'esodo attirando i profughi in mare proprio mentre il governo si stava impegnando a contrastarne le partenze, la radio di stato definisce il salvataggio come criminale e il governo presenta una protesta ufficiale; Mosca non perde occasione per criticare le azioni di tutte le forze NATO compresa l'Italia (la VII flotta americana opera nella zona e lascia all'Italia un'area in cui la sua presenza è più problematica) accusandole di voler utilizzare la presenza delle navi per

espandere il controllo militare e “demoralizzare i popoli del sudest asiatico”, mettendo in pericolo la pace nella regione; il governo cinese addita quindi i russi come complici e manovratori delle “nefandezze” vietnamite; il Partito Comunista Italiano è costretto a rispondere pubblicamente alle critiche russe; gli Stati Uniti a loro volta esprimono una grande apprezzamento ed ammirazione, mentre gli inglesi non vedono di buon occhio questo rinnovato protagonismo internazionale dell'Italia tanto che il Daily Telegraph definisce polemicamente l'intervento come “Italian Style”.

Infine, nello scenario degli aiuti si inserisce la galassia della società civile, con le sue retoriche umanitaristiche, solidaristiche, comuniste, anticomuniste, eccetera. Diversi gruppi di cittadini attraverso organizzazioni locali o nazionali raccolgono beni e denaro per sostenere i profughi nei campi all'estero, mentre altre, soprattutto la Caritas, organizzano una rete parallela di trasporto dei profughi sul territorio italiano ingrossando le file dei richiedenti asilo in attesa di reinserimento, sebbene siano centinaia gli italiani che sull'onda dell'emotività offrono lavoro alloggi o denaro.

Dung e la sofferenza socialmente inferta: biopotere, disuguaglianze in salute e il ruolo della Public Health.

Nel momento della redazione del referto della consultazione, il gruppo di consultazione è chiamato a scrivere, nero su bianco, qual è la malattia di Dung, spiegare quali sono le cause della sua sofferenza e i motivi della mancata “guarigione” (in questo caso la mancanza di un trattamento appropriato visto che Dung è un malato cronico). Di che cosa Dung è malato, quindi? E' uno schizofrenico residuale, certo, ma questa prospettiva è insufficiente. Al momento della redazione del referto Dung era già stato trasferito dalla casa in cui viveva (bene o male autonomamente) in una struttura residenziale protetta, in mancanza di una prescrizione sostenuta da evidenze scientifiche.

La decisione è formalmente ineccepibile dal punto di vista terapeutico, perché il paziente è preso in carico dalla struttura nel migliore dei modi e riceverà un trattamento adeguato, anche se la struttura non è di suo gradimento e se gli riporta alla memoria le sofferenze patite nel passato.

E' per questo che per comprendere la malattia di Dung non si può non chiamare in causa il paradigma biopolitico e il biopotere, operato attraverso il riduzionismo medico. L'utilizzo della Biopolitica è sempre fonte di qualche preoccupazione, perché scomodare autori come Foucault, Agamben e lo stesso Fassin²⁷³, richiede una certa accortezza. Ma nella storia di Dung è chiaro come si scontrino due posizioni, da un lato quella che prevede il controllo della diversità di Dung attraverso il dispositivo istituzionale, il «*ma rinchiudetelo, che schifo!*» dell'amministratore, e dell'altro la preoccupazione del terapeuta nel dover distorcere il corretto trattamento del paziente per finalità per così dire *sociali*. Sullo sfondo di questo confronto tra poteri, che ricorda molto da vicino la microfisica reticolare di Foucault²⁷⁴, si confrontano il potere curativo e quello normativo della medicina, con le loro concezioni di individuo legate, come direbbe Agamben²⁷⁵, al *bios* e allo *zoè*. A prevalere nella vicenda di Dung è l'apparato biomedico riduzionista, che attraverso un dispositivo di cura, indubbiamente a difesa della sua *nuda vita*, lo rinchiude in una casa protetta lontano dagli sguardi infastiditi della comunità. Come già ribadito nella narrazione questa scelta può avvenire perché Dung non ha sufficiente agentività o meglio una quantità sufficiente di risorse, o secondo altri autori, di potere, per opporsi. Quello dell'agentività è un terreno scivoloso che merita una riflessione. Agentività è un termine ambiguo e insidioso, che può nascondere, anche attraverso una

²⁷³ Fassin D., *La biopolitica dell'alterità*, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina, 2006, pp. 303-322.

²⁷⁴ Foucault M., *Microfisica del potere. Interventi politici*, Einaudi, Torino, 1977, p. 184.

²⁷⁵ Agamben G., *Homo Sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino, 1995, pp. 133-151.

attitudine culturalizzante, come giustamente sottolineato da Fassin, la responsabilizzazione dell'individuo (o della comunità) rispetto all'esposizione a fattori dannosi per la salute. L'insorgenza della patologia diventa allora, per lo meno in parte, colpa del malato, compiendo quel *victim blaming*²⁷⁶ che opera come un perfetto dispositivo di occultamento della responsabilità sociale della malattia. La teoria eco-sociale delle Krieger ci torna ancora una volta in soccorso. L'operazione sostanziale che la Krieger compie è creare delle coppie di indicatori da utilizzare come parametri di valutazione. In particolare la Krieger lega in maniera "rivoluzionaria" l'*agency* all'*accountability*, riuscendo in questo modo a fissare come facce della stessa medaglia la responsabilità dell'individuo e la responsabilità della società. L'agentività cessa quindi di essere una caratteristica emica dell'individuo nella sua cultura, per diventare la rappresentazione dell'interazione che assomiglia molto a quelle tra campo, capitale, habitus e pratica di Bourdieu. L'accostamento tra la Krieger e Bourdieu, anche se a prima vista azzardato, serve invece a creare un solido ponte tra individuo, incorporazione, percorsi dell'incorporazione, sofferenza sociale e violenza strutturale. L'indispensabile intuizione della Krieger è infatti quella di infrangere lo specchio della coppia *agency-accountability* guardando all'altra coppia, quella salute-malattia, attraverso la lente del "*Cumulative interplay of exposure, susceptibility, and resistance across the lifecourse, referring to the importance of timing and accumulation of, plus responses to, embodied exposures, involving gene expression, not simply gene frequency*"²⁷⁷. È in questo modo che la Krieger smonta definitivamente il dispositivo di occultamento sociale e arriva al cuore delle disuguaglianze in salute. La Krieger ci racconta in sostanza come sicuramente Dung abbia una suscettibilità alla malattia, come probabilmente nella sua famiglia ci sia la presenza di un gene o di un insieme di geni che lo rendono suscettibile alla malattia mentale, ma questo non toglie la responsabilità della scienza medica nell'indagare le condizioni per cui questo gene si è espresso proprio in lui e non in altre persone. Perché la malattia di Dung non ci parla solo dei suoi geni e della sua suscettibilità, ma ci rivela le interazioni tra suscettibilità ed esposizione a fattori dannosi, che non possono essere omessi dalla raccolta anamnestica. Ma non basta. È attraverso la prospettiva eco-sociale che vengono riconosciuti gli sforzi di Dung, durante tutta la sua esistenza, nel sottrarsi all'esposizione ai fattori dannosi per la sua vita. Dung ha resistito, sempre, ha messo in campo tutte le energie e le risorse che aveva, si è buttato in una barca in mezzo al mare senza certezza di approdo e a rischio della vita, ma questi sforzi non sono stati sufficienti. Ha resistito e ha continuato a resistere come ha potuto, con forme sempre più residuali, ma fino alla fine, alle avversità della vita. È per questo che il lavoro di Bourdieu, come quello di Giddens²⁷⁸, risultano preziosi nel creare un ponte, perché focalizzandosi sui processi e non sulle strutture pongono le basi per una costruzione del corpo quale crocevia tra individuo e processi sociali, tra scelte di vita individuali e strategie per sopravvivere al mondo. Perché è grazie soprattutto a Bourdieu se riusciamo smettere di pensare a un individuo libero dai condizionamenti sociali, che entra nell'arena della vita con la capacità di competere "alla pari" con altri soggetti per la realizzazione della sua esistenza. Al contrario, sempre tornando alla Krieger, come anche il caso di Dung ci narra con chiarezza è indispensabile tenere in considerazione i vincoli sociali e materiali a cui il soggetto è sottoposto, che operano attraverso tempi epocali accumulando e dis-accumulando risorse simboliche e beni e lasciando all'individuo eredità positive o negative prodotte attraverso le generazioni. È a questo punto che l'apparato teorico della salute pubblica e della salute globale entra in campo, perché è attraverso una letteratura più squisitamente sanitaria relativa ai Determinanti Sociali di Salute che riusciamo a comprendere quelli che la Krieger definisce:

"Pathways of embodiment, via diverse, concurrent, and interacting pathways, involving

²⁷⁶ Fassin D., 2007, op. cit., p. 26.

²⁷⁷ Krieger N., 2011, op. cit., p. 214.

²⁷⁸ Giddens A., 1990, op. cit.

adverse exposure to social and economic deprivation; exogenous hazards (e.g., toxic substances, pathogens, and hazardous conditions); social trauma (e.g., discrimination and other forms of mental, physical, and sexual trauma); targeted marketing of harmful commodities (e.g., tobacco, alcohol, other licit and illicit drugs); Inadequate or degrading health care; and degradation of ecosystems, including as linked to alienation of indigenous populations from their lands.”

Una lettura delle relazioni tra ambiente e corpo e dei fattori determinanti la salute e la malattia non così naif da scendere nell'essentialismo strutturalista, confidando in un apparato meccanicista determinante, non al contrario determinato. Ma è in questo spazio delle disuguaglianze in salute, misurate attraverso i corpi e nelle forme che i corpi -sani o malati che siano- hanno di stare al mondo, che troviamo la testimonianza di quei processi storici e politici che le hanno determinate. È misurando la distribuzione disuguale della malattia e della morte, dice Fassin, che l'epidemiologia ha l'occasione privilegiata di indagare come l'ordine sociale e le sue gerarchie si iscrivano nei corpi²⁷⁹.

Ed è utilizzando i concetti di *agency*, *accountability*, *cumulative interplay e pathways of embodiment* che la storia di Dung è stata ricostruita, rendendo operativo il concetto di potere foucaultiano nel campo della salute pubblica, consentendoci di interpretare correttamente la richiesta di P. al Centro di Consultazione, come risorsa simbolica di potere, in un tentativo di accountability del sistema sanitario nei confronti di un paziente quasi completamente privo di agency.

Il tentativo di P. però fallisce, l'ultima risorsa del potere biomedico non sortisce l'effetto sperato, con buona pace delle *zoè* di Dung, che si avvia a essere accudito nella sua dimensione di *bios* e nuda vita.

Ma là di là delle facili ironie, la piega che la vicenda di Dung assume lascia intatta la domanda dell'inizio del paragrafo, qual'è il ruolo del Centro di Consultazione, e quale può essere il ruolo del referto della consultazione?

Per rispondere a questa domanda, forse compiendo un'operazione spregiudicata si può utilizzare il lavoro di critica a Foucault operato da Judith Butler²⁸⁰, e la sua idea di citazione scorretta. Per quanto l'idea della Butler di *citare scorrettamente la norma* potrebbe essere una prassi altamente criticabile nel contesto riduzionista di una certa epidemiologia e di una certa salute pubblica. Per la Butler la citazione scorretta, operata attraverso un linguaggio non consueto e apertamente di frattura rispetto alla norma sociale, è una forma per rivelare la precarietà della norma stessa poggiata sulla consuetudine sociale e non sulla naturalità, e di conseguenza discutibile. Tenendo in dovuto conto il rischio di reificare la norma attraverso la citazione, invece che destabilizzarla, la prassi di una citazione scorretta in salute pubblica potrebbe essere la descrizione dell'incorporazione non dal versante descrittivo ma nella sua istanza di denuncia.

La storia dell'incorporazione di Dung può essere raccontata in due modi: nella lettura del corpo, dei segni e dei processi in cui è stato inserito; nella lettura della testimonianza, del significato e dell'autorità che Dung ha sulla sua malattia. Da un lato il corpo biologico è il risultato dei processi in cui Dung è intrappolato e anche una traccia, come direbbe Fassin, un'incorporazione del passato Storico, in una storia personale e quindi in un corpo, che ricorda o che ci ricorda i vissuti²⁸¹. È il corpo *passivo* dell'incorporazione nell'*habitus* delle forze sociali, della relazione tra individuo e campo della vita, nell'accezione di Bourdieu²⁸². Dall'altro, la lettura dell'incorporazione avviene

²⁷⁹ Fassin D., *Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du Sida*, L'Homme. Revue française d'anthropologie, vol. 160, 2001, pp. 137-162.

²⁸⁰ Butler J., *Giving An Account of Oneself*, New York: Fordham University Press, 2005, pp. 111-136.

²⁸¹ Fassin D., 2007, 2008, op. cit.

²⁸² Bourdieu P., 1992, op. cit.

attraverso l'accezione della Scheper-Hughes²⁸³, che restituisce a Dung l'autorità sulla sua narrazione di malattia e sulla sua traiettoria di vita e allo stesso tempo svela e indica i mandanti delle disuguaglianze, e non solo i determinanti attraverso cui agiscono.

Dung “*si trova molto bene a Castiglione, ha molti amici che gli offrono caffè e sigarette, e ha solo qualche problema con gli anziani del paese perché sputa per terra, il suo progetto è di rientrare nella casa e vivere solo, come negli ultimi 3 anni*”. Dung è il matto del paese, l'immancabile matto del paese, ma in una comunità che cambia, in cui “*(i nuovi eletti) sono tutti quarantenni, ma inaspettatamente, invece di essere più aperti, hanno manifestato una espulsività molto maggiore rispetto alla giunta precedente..*”, “*..adesso le persone fanno le segnalazioni al Comune, e la nuova giunta è molto più ossessiva della vecchia.*”

E quindi qual è il problema, la “pazzia” di Dung, o che a Castiglione non ci sia posto per accoglierla? Dobbiamo raccontare la storia di Dung o segnalare che le forze che lo hanno reso diseguale e malato ancora non hanno esaurito la loro spinta marginalizzante? La presenza di Dung nella piazza di Castiglione è un problema perché disturba o perché ci ricorda che Dung esiste e che non abbiamo spazi e strumenti che, legittimando la sua presenza, ne legittimino l'istanza di esistere così com'è?

A queste domande in realtà non è necessaria una risposta, l'importante è inserirle nel processo di costruzione della malattia, la *citazione scorretta della norma* nelle prassi della salute pubblica, nel tentativo di collocare uno *strumento di lavoro in più* nella cassetta degli attrezzi dei sanitaristi che ci consenta di rispondere alla questione che pone la Krieger: *Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?*²⁸⁴. Domanda anche in questo caso più importante della risposta, perché segnala la mancanza di un processo e non la mancanza di un'informazione. La risposta alla domanda è già stata data da un altro autore ponte, l'infettivologo e antropologo Paul Farmer, con la sua intuizione della “*structural violence*”²⁸⁵, la “*violence of everyday life*” della Scheper-Hughes riconosciuta a livello sistemico²⁸⁶. Il concetto della violenza strutturale è importante per diversi ordini di motivi: perché non ha bisogno di distinguere i tipi di violenza, la politica, l'economica, la sociale, quella di genere o la violenza della criminalità; perché non ha bisogno di un attore specifico per essere operata e quindi non necessita di un colpevole (e qui si avvicina all'idea foucaultiana di panoptico in cui la struttura conforma i comportamenti anche in assenza di azione o controllo diretto²⁸⁷), ma non per questo cessa di essere reale; e infine perché dà un nome al suo prodotto, la sofferenza socialmente inflitta, collocandola potenzialmente nello spazio dei fattori che causano la malattia.

Tocca infine ai *sanitaristi* rendere operative queste conoscenze nei sistemi sanitari e nelle pratiche della cura, attraverso una loro traduzione al campo medico e ai suoi linguaggi. In questo i determinanti sociali di salute, pur nella loro portata teorica molto criticabile, si sono dimostrati uno strumento dialogico importante per la comunicazione e per veicolare conoscenze a cui normalmente il mondo medico è refrattario. I determinanti e le disuguaglianze sono forse quella strategia, o meglio quella norma, che se citata scorrettamente può innescare anche in salute un processo autoriflessivo rispetto alla prassi della medicina contemporanea.

²⁸³ Scheper-Hughes N., *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, in Borofsky R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma, 2000, pp. 281-294.

²⁸⁴ Krieger N., 1994, op. cit.

²⁸⁵ Farmer P., *An anthropology of structural violence*, in *Current Anthropology*, vol. 45, 2004, pp. 305-317.

²⁸⁶ Scheper-Hughes N., *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, Berkeley: University of California Press, 1992.

²⁸⁷ Foucault M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1975, pp. 213-247.

Culturalismo, Inter-nazionalità ed il ruolo dell'antropologia medica: il caso di Ghalia Mernissi

Il caso della paziente che chiameremo con il nome di fantasia di Ghalia Mernissi, è stato un caso molto complesso, permeato da aspetti sociali, culturali, ed anche legislativi rilevanti per via del coinvolgimento del tribunale dei minori e di una istanza di affido per due bambini. Oltre ad una serie di questioni etiche sul ruolo stesso del Centro, nel caso di Ghalia si sono confrontate, ed alcune volte, scontrate le diverse logiche ed i sistemi di valori delle professionisti del gruppo di consultazione, specialmente nell'interpretare i significati della malattia, ed assegnare ad essi un valore tecnico che inesorabilmente ne sottendeva uno sociale. Il Centro quindi ha dovuto confrontarsi con una logica propria del servizio, con i tempi e con le aspettative della *prestazione sanitaria* non solo come momento di cura ma anche quale atto formale di una costruzione sociale dell'identità, e di conseguenza, con le tensioni, le paure e strategie di lavoro proprie di questo contesto. Ne è risultato un caso trasformativo per i professionisti del Centro, chiamati a rimettersi in discussione nelle loro sicurezze teoriche, alla prova di una storia concreta, con un mandato sociale, in cui la Consultazione è stata richiesta come strumento dirimente e decodificante per innescare o meno dispositivi sociali e giuridici di tutela e di salvaguardia della vita. Questo terreno, proprio degli psichiatri, abituati alla clinica e quindi alla responsabilità della certificazione, ha rappresentato un banco di prova in particolare per l'antropologia medica chiamata a dare risposte in un tempo e con modalità definite, e con responsabilità individuabili.

Ghalia al primo sguardo

Ghalia è una donna marocchina di oltre 40 anni, vive in Italia da più di 10 anni, con il marito e 3 figli, ha una carta di soggiorno per ricongiungimento familiare. Il primo contatto con il caso di Ghalia avviene nell'aprile 2011, il Centro di Consultazione riceve il modulo di invio attraverso il sito, compilato dagli assistenti sociali del Ausl del comune che chiameremo *NovaVilla*.

La scheda di invio si riferisce ad una donna attualmente ospitata presso una casa protetta con i 2 figli minori, e quindi coinvolge l'intero nucleo familiare. Sulla scheda di invio, gli inviati spiegano:

“Il Tribunale per i Minorenni ha chiesto al nostro Servizio di attivarsi dopo l’ennesima denuncia di litigio tra i coniugi. In un intervento le forze dell’ordine trovarono delle pessime condizioni igieniche e di incuria all’interno dell’abitazione e procedettero con la segnalazione alla Procura Minorile. Il giudice in prima istanza ci chiese l’allontanamento dei minori ma il nostro Servizio comprese che il problema era principalmente il conflitto tra i coniugi e quindi cercò di regolamentare i rapporti tra i due. La signora andò ad abitare con i figli in un altro appartamento e successivamente ci fu, con il suo accordo, il trasferimento in comunità per aiutarla ad integrarsi meglio.”

La principale ragione dell'invio è che *“ci sono stati fin dall’inizio molte difficoltà nel capire se la signora, con la quale è estremamente faticoso entrare in relazione, avesse problematiche di tipo psicologico/psichiatrico”* e quindi viene chiesto aiuto al Centro per chiarire diagnosi o significato dei sintomi, comportamenti e abitudini, definizione del progetto terapeutico, definizione del progetto di supporto sociale, problematiche relative all’adesione al progetto socio-sanitario, problematiche di comunicazione e interazione con l’utente.

Dalla scheda di invio si evince che Ghalia parli male l'italiano tanto da necessitare il supporto del mediatore culturale. Ricevuta la scheda di invio, il Centro fissa un appuntamento preliminare con i

servizi inviati.

Il primo incontro

Al primo incontro partecipano, C. assistente sociale dell'AUSL, M. psicologo del Servizio sanitario, A. l'assistente sociale del Comune di NovaVilla, una tirocinante della facoltà di servizio sociale presso lo stesso comune, il gruppo multi-disciplinare del centro di consultazione al completo. Dopo le presentazioni è C. a introdurre il caso.

La ricostruzione dei fatti comincia dal primo contatto dei servizi sociali con la Famiglia. C. riferisce che più o meno a fine gennaio 2009 Ghalia chiama i carabinieri durante una lite con il marito. All'epoca i due erano già separati, ma vivono insieme nello stesso appartamento di proprietà. Il marito H., riferisce che Ghalia dopo la separazione non ha mai accettato di andar via di casa. La separazione è avvenuta legalmente, ma attraverso un atto prodotto dalle autorità marocchine in Marocco, durante un viaggio del marito. Viene riferito che la separazione sia avvenuta senza il consenso di Ghalia e senza che lei ne fosse a conoscenza.

All'arrivo dei carabinieri dopo la telefonata di Ghalia viene riportato che la condizione abitativa è molto degradata. La casa non è curata, sporca, disordinata, tanto che le forze dell'ordine scattano delle foto per metterle a disposizione del Tribunale dei minori. Il giudice dopo la valutazione delle condizioni abitative emana un'istanza di allontanamento dei figli. I servizi sociali, rendendosi conto della precipitosa e dura sentenza emessa dal Tribunale per i Minori, in relazione soprattutto alla presenza di 2 dei 3 bambini molto piccoli (4 e 5 anni) che non parlano italiano, si oppongono all'istanza di allontanamento e convengono che in un primo momento l'inserimento in una comunità non sia positivo. Sotto la minaccia dell'allontanamento dei figli e con l'assistenza dei servizi sociali, i coniugi sistemano la casa, la puliscono ed il marito la ridipinge.

Nell'aprile del 2009, alla luce di questi risultati il Tribunale per i minorenni affida i minori al servizio sociale perché vengano collocati in un ambiente protetto, se possibile con la madre, per poter nel frattempo valutare: il possibile appianamento dei rapporti tra genitori, la loro capacità educativa e l'opportunità dell'affido alla madre.

In questo lasso di tempo i due decidono di separarsi, il padre rimane nella casa di proprietà, dove paga il mutuo, la moglie e i figli si trasferiscono in un'altra casa sempre nel comune di NovaViella, dove l'affitto viene comunque pagato dal marito.

In questa nuova condizione la valutazione dei servizi sulle condizioni di vita del nucleo familiare è positiva: i figli vanno a scuola, il figlio maggiore Mf va a vivere con il padre, ma torna tutti i giorni a casa della madre per mangiare.

La storia familiare continua apparentemente in equilibrio finché Ghalia decide, senza comunicarlo a nessuno, di andare in "vacanza" due mesi in Marocco portando con se i due figli piccoli.

L'intenzione del viaggio non viene comunicata a nessuno, il marito scopre fortuitamente della partenza attraverso un amico a cui Ghalia ha chiesto di accompagnarla in aeroporto. Date le circostanze, e per via dell'interruzione ingiustificata della frequenza scolastica dei bambini il Tribunale dei minori si allerta, temendo una sottrazione. Inoltre emerge che durante i mesi precedenti alla partenza Ghalia non ha pagato l'affitto della casa; dalla ricostruzione si evince che il marito fornisce mensilmente i soldi dell'affitto ed è il garante dell'appartamento, ma Ghalia è incaricata del pagamento. Con l'assenza di Ghalia si arriva alla morosità e la proprietà richiede lo sfratto esecutivo.

Dopo circa due mesi, Ghalia ritorna in Italia e motiva la sua partenza dicendo che è andata a far

circondare il bambino più piccolo, ma contemporaneamente approfitta del suo soggiorno per chiedere e ottenere dal Tribunale marocchino il riconoscimento delle spese di mantenimento per un valore in euro di circa 7000 euro.

H. che pure ha provveduto fino a questo momento al mantenimento di Ghalia non ha conservato la documentazione necessaria e non è quindi in grado di rendicontare al tribunale marocchino le spese sostenute, subisce quindi un'ingiunzione del tribunale che gli intima di versare le quote.

A questo punto H. si trova in una situazione molto difficile: paga il mutuo della casa in cui vive, ha mantenuto Ghalia per il periodo precedente alla sua partenza in Marocco ed le ha versato il corrispettivo dell'affitto di casa, ma essendo il garante del contratto, la proprietà si rivale su di lui per avere gli arretrati e il tribunale marocchino gli ha ingiunto il pagamento degli alimenti che pure aveva già versato alla moglie.

H. riesce a fronteggiare questi problemi economici grazie all'intervento della sua famiglia in Marocco e tramite un prestito bancario in Italia.

Questa situazione esaspera ovviamente le relazioni tra i coniugi, che arrivano allo scontro. H. si rifiuta di pagare il debito della casa di Ghalia fino a fare diventare esecutivo lo sfratto; circostanza avallata anche dagli assistenti sociali che così possono spingerla ad accettare la sistemazione in una casa protetta. Comincia lo scontro anche sull'affidamento del figlio più grande Mf, in quanto H. si rifiuta di pagare il mantenimento e le spese di Mf finché questi vive con la madre. La donna non si oppone in un primo momento allo sfratto perché è convinta che questo le darà accesso ad una casa del comune gratuita o a canone molto basso che la renderebbe indipendente dal marito.

Ghalia non possiede un livello linguistico sufficiente a garantirle un lavoro stabile, prima dello sfratto aveva una piccola attività sartoriale che svolgeva in casa; senza mezzi economici è costretta ad accettare il trasferimento nella struttura protetta con i due figli più piccoli. La struttura si trova in un altro comune e la signora Mernissi manifesta la sua preoccupazione nel dover trovare lavoro in un contesto che non conosce.

La struttura in cui viene trasferita, è casa una famiglia in cui sono ammesse solo donne con i loro bambini, (soprattutto provenienti dal Maghreb) in situazioni simili, aiutate attraverso progetti di formazione al lavoro a rendersi autonome ed a reinserirsi nel contesto sociale. A ciascuna donna è assegnata una stanza, e l'assegnazione di mansioni per la gestione collettiva delle aree comuni. Ghalia non gradisce la dimensione collettiva, preferisce il suo spazio autonomo, la vita in casa, ed è preoccupata di vivere distante da Mf, il figlio più grande. Gli assistenti sociali e gli operatori della casa protetta tentano di superare questa ostilità, sostenendo che questa sistemazione può essere per lei una grande opportunità di affermazione, crescita e autonomia.

Ghalia inizia un corso di formazione come cuoca l'unico tra quelli offerti dalla casa protetta che appare idoneo alle sue caratteristiche. Ghalia non sembra essere ben disposta, non comunica facilmente con gli altri partecipanti ed ha atteggiamenti definiti come "strani" dal resto della comunità: il reinserimento per questo non è facile né immediato. L'atteggiamento della donna in casa è infatti causa di conflitto, sembra adeguarsi alle regole della vita comunitaria ma poi disobbedisce, gli operatori cominciano a registrare dei pensieri persecutori e degli atteggiamenti molto protettivi nei confronti dei bambini.

I figli vengono coinvolti nelle varie attività della comunità, partecipano ad un laboratorio teatrale ed entrano in relazione e sintonia con una educatrice; Ghalia diventa gelosa al punto di impedire ai figli di partecipare alle attività, C. commenta che forse ha avuto paura che le volessero sottrarre i bambini. L'impressione sembra confermata dal fatto che i figli rimangano a dormire con il padre durante il weekend. A questo però fanno da contraltare le pessime capacità genitoriali di Ghalia che

come emerge dalle dichiarazioni degli operatori:

“è una pessima madre, ha scarse capacità genitoriali, picchia i figli anche in modo pesante, tanto che gli operatori della casa sono intervenuti minacciandola di toglierglieli. A questa severità che si concentra in esplosioni di rabbia, si alternano momenti in cui i figli sono abbandonati, in cui li lascia fare tutto quello che vogliono e si fa addirittura picchiare senza reagire.”

L'esigenza dei servizi è stabilire se i genitori possiedano le capacità e le attitudini per allevare i figli, questo aspetto è vincolante per stabilire i termini dell'intervento stesso che può prevedere l'affido dei figli al servizio o la ristrutturazione delle relazioni familiari. Da qui l'esigenza di capire se Ghalia ha dei disturbi comportamentali o una patologia di tipo psicologico-psichiatrico.

Chiediamo quindi agli operatori un breve profilo dei membri della famiglia:

H. Mernissi Marito

E' un uomo di circa 45 anni, marocchino di Marrakech, in Italia da circa 20 anni, possiede regolare permesso di soggiorno per motivi di lavoro, parla correttamente un italiano colloquiale, l'arabo marocchino ed un francese scolastico. Ha infatti un livello di scolarità medio-alto (scuola superiore). Lavora come operaio in una fabbrica della zona, ha un reddito medio che gli consentirebbe una vita tranquilla se non ci fossero i debiti contratti per via della sentenza del tribunale marocchino e del debito contratto dalla moglie con il padrone di casa di cui lui è garante. E' sposato con Ghalia dal 1994 il matrimonio è stato celebrato in Marocco ed ha divorziato nel 2007 con atto unilaterale in Marocco “all'insaputa della moglie”, è tornato in Marocco per fare la richiesta di divorzio di nascosto, dalla copia della separazione legale, risulta che si tratta di un divorzio giudiziario, avviato nel mese di marzo del 2007 e concluso nel dicembre 2007. Nelle carte risulta che la donna avrebbe fatto avere al tribunale una memoria difensiva in risposta alla richiesta del marito, ma essa è stata però ritenuta non sufficiente dal Tribunale.

Gli assistenti sociali riferiscono che il marito motiva la richiesta di separazione ad alcuni comportamenti strani della donna, che lui stesso ha tentato di risolvere chiamando in causa risorse come la famiglia di lei ma senza successo. Dopo il divorzio, continua a vivere con la moglie sotto lo stesso tetto finché lei non chiama i carabinieri. Dichiarò di non avere un'altra relazione. H. ha tre figli tutti avuti con Ghalia: Mf di circa 14 anni, Ef di circa 8, l'ultimo Of di circa 6. In questo momento vede settimanalmente i figli più piccoli. Ha in affido il figlio maggiore, ma vorrebbe prendere con sé anche gli altri due figli, per questo, per assicurare un accudimento adeguato vorrebbe fare venire sua madre in Italia. La famiglia di origine è in Marocco, uno dei fratelli, con cui sembra in buoni rapporti, vive a NovaVilla .

Gli operatori riferiscono che sembra ben integrato nella comunità, oltre al fratello che è sposato con figli, frequenta amici del bar e colleghi di lavoro.

Sembra mantenere ottimi rapporti con la propria famiglia di origine (lo aiuta economicamente per il risarcimento degli alimenti a Ghalia) e contatti anche con la famiglia di Ghalia (quando la moglie ha gli episodi di “stranezza” contatta anche la famiglia di lei)

Non è chiaro se sia religioso praticante, ma agli assistenti sociali ha dato l'impressione: *“di essere mussulmano ma che si conforma alle abitudini del contesto sociale in cui è inserito.”*

In seguito all'ultimo litigio con Ghalia, H. vive con il figlio maggiore (anche Mf ha litigato con la madre) nella casa di proprietà dove viveva tutta la famiglia precedentemente all'intervento dei

servizi sociali. Gli assistenti sociali riferiscono che la casa si trova in una via di NovaVilla, dove abitano la maggior parte degli immigrati del paese: una via centrale, tranquilla e non degradata. Le condizioni abitative in cui vivono H. ed Mf. dopo la separazione sono giudicate buone dagli assistenti sociali.

H. possiede un'automobile, è quindi autonomo negli spostamenti, per le attività lavorative, personali ed anche per i viaggi in Marocco.

A quanto riferito dagli assistenti sociali, il progetto di vita di H. pare sia quello di prendersi cura di tutti i figli, con cui ha un rapporto molto affettuoso. Gli operatori riferiscono che non è tanto in grado di educarli per via della sua difficoltà nello stabilire regole e di contenerne l'irrequietezza specie per quanto riguarda il figlio più grande.

Ghalia Mernissi. Moglie

Ghalia è una donna di circa 45 anni, marocchina originaria di Marrakech, è arrivata in Italia da circa 15 anni, ha un permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare, è una donna di scolarità alta ha frequentato un corso universitario post istruzione superiore, parla marocchino, francese, e malissimo italiano. In Italia è sempre stata casalinga lavorando part-time come sarta prima di entrare in comunità, dall'ingresso in comunità sta seguendo un corso professionale come cuoca. Benché la famiglia di origine sia benestante, più di quella del marito (elemento sottolineato dagli assistenti sociali) attualmente la sua unica forma di sostentamento sono il marito e la comunità stessa.

Ghalia si è stata sposata unicamente con H. Dopo la separazione vive con i 3 tre figli finché dopo un litigio Mf decide di andare a vivere con il padre. Gli altri due bambini rimangono con lei, ma mostrano anche loro di voler stare con il padre. Gli assistenti sociali, infatti, sottolineano come i figli non vogliono tornare in comunità dalla madre dopo che sono stati agli incontri con il padre. Il rapporto più conflittuale è comunque con Mf che la definisce una "pazza".

Gli assistenti sociali non sanno riferirci nulla rispetto ai contatti con la famiglia di origine, non sanno se continua ad avere loro e con quale intensità. Oltre alla famiglia pare che Ghalia non abbia altri contatti, pare non abbia amiche se non qualche mamma di compagni di scuola dei figli, non ha grossi legami con altre organizzazioni sociali né con la moschea anche se sembra più osservante del marito (religiosità che sembra aumentata dopo il divorzio) e pare si riferisca spesso alla religione per dare conto dei suoi comportamenti. Dalla descrizione degli operatori emerge un quadro di un certo isolamento.

Ghalia non possiede un'automobile, ne la patente di guida, non è autonoma rispetto agli spostamenti, quando si reca nella casa protetta quindi vengono interrotti i suoi già scarsi legami con il territorio.

Il progetto di vita della donna è scarsamente definito, di sicuro ha un desiderio di autonomia e la volontà di vivere da sola con i figli mantenendosi con un lavoro. Gli operatori però non sono sicuri che questo sia possibile, proprio perché non sono chiare le sue capacità genitoriali. Affiorano nel racconto degli assistenti sociali e di M. lo psicologo alcuni aspetti della sua personalità che lasciano il dubbio sulla loro natura.

Ghalia ha dei comportamenti stravaganti ed eccessivi sia per quanto riguarda le relazioni e la cura dei figli, sia per quanto riguarda il mondo delle superstizioni e delle credenze. A questo punto del racconto gli operatori si animano come se ci fossero molti più particolari da dover raccontare rispetto al tempo a disposizione. Ghalia per esempio pensa che alcuni colori portino sfortuna, in

particolare il giallo e l'arancione, per questo fa delle scenate al marito anche per atti apparentemente innocui, come quando il marito porta in casa dei palloncini gialli per i figli o come quando getta via una intera cassa di arance appena comprate dal marito da un venditore ambulante in un cassonetto della spazzatura. Questi comportamenti sono considerati anormali ed ingiustificati sia dal marito che dal resto della famiglia, H. ha tentato diverse volte strategie di "normalizzazione" coinvolgendo e chiamando in causa anche la famiglia di lei, ma senza successo. Questi atteggiamenti e comportamenti hanno un ruolo decisivo nella decisione di divorziare.

Altro atteggiamento "stravagante" di Ghalia e la forma del conflitto con il marito dopo la separazione e durante la successiva convivenza come strumento di protesta e di ribellione alla decisione della separazione intentata dal marito. Nelle parole degli operatori Ghalia ha un atteggiamento di sfida e provocazione che si traduce in un diminuito accudimento della casa e dei figli: non pulisce, non bada ai figli stessi, non preparare da mangiare. Anche i rapporti con il resto della comunità sono resi problematici dai suoi atteggiamenti, è chiusa e trasandata (veste con abiti tradizionali, ma è anche visibilmente trascurata) tanto che si avanza l'ipotesi di una depressione post partum dopo la nascita del primogenito.

M.f., il figlio maggiore

Mf è un adolescente di circa 14 anni, nato in Italia, dove ha frequentato le scuole, parla perfettamente l'italiano. Da due anni è seguito dai servizi sociali, è un ragazzo problematico, C. dice che: "è a "rischio" e che secondo lei i due figli più grandi sono già "persi". Al momento è seguito sia dalla neuropsichiatria infantile sia da un educatore.

Circa 3 anni prima dopo una grave lite con la madre Mf, pare per i metodi educativi di lei, decide di andare a vivere con il padre, parla della madre in termini molto negativi, la svaluta e prova molta rabbia, nelle parole di A. "non ne vuole sapere".

Al contrario Ghalia è molto ambivalente con lui perché dice A.:

"Mf gliene ha fatte un bel pò, deve averle dato del filo da torcere come figlio, ma per esempio ancora adesso quando il sabato vuole andare assolutamente a casa del marito perchè deve cucinare per Mf. Il padre al contrario è molto affettuoso, ma non è in grado di dargli regole né essere presente, Mf è tanto indipendente che "quasi vive per i fatti suoi".

E.f. il figlio di mezzo:

Ef ha circa 8 anni al momento del primo incontro. All'età di circa 5 anni non parlava italiano. Dopo l'intervento dei servizi, ha iniziato la scuola, ed è stato segnalato dalle insegnanti un apprendimento lento e alcune difficoltà nel linguaggio. Anche lui vive un rapporto conflittuale con la madre, ed ha problemi comportamentali, per questo è seguito dalla neuropsichiatria infantile ma per C. anche lui è "perso". Con la madre, anche nella casa protetta ha un comportamento molto conflittuale, a volte bizzarro, è molto aggressivo con lei e Ghalia è ambivalente, alle volte si lascia picchiare da lui alle volte in preda alla rabbia è lei a picchiarlo.

Il padre che vede durante il fine settimana ha con lui un rapporto amorevole, ma anche con Ef emergono le sue limitate capacità genitoriali. H. non ha dissentito per quanto riguarda agli interventi neuropsicologici sui figli.

O.f. il figlio più piccolo

O.f. ha circa 6 anni, anche lui al momento del primo intervento non parlava italiano. Al ha iniziato la scolarizzazione con risultati migliori rispetto al fratello, tanto che per C. è quello “salvabile” della famiglia. Viene descritto come un bambino molto dolce e tranquillo, non ha problemi con la madre anzi pare che la sua presenza sia tranquillizzante anche per Ghalia

Dopo la descrizione generale della famiglia, vengono condivise alcune considerazioni generali e si conviene di procedere con una valutazione del Centro, di Ghalia e di H. L'intenzione è di fare emergere i loro due punti di vista e colmare le falle sulle biografie. Si conviene, infatti, che i servizi non sono a conoscenza di diversi aspetti delle loro storie, e che sarebbe utile valutare in che cosa i racconti differiscono, approfondire le speranze di vita di entrambi, sondare se esistono idee di malattia e nel caso come Ghalia ed H. le descrivono, le riempiono di valori e significati, le affrontano e le elaborano.

Per valutare Ghalia anche dal punto di vista psichiatrico, verrà utilizzata la mediazione culturale, con una mediatrice esterna per evitare ricadute negative nella comunità o possibili “passaggi di confidenze” tra la mediatrice e gli altri operatori sulle questioni emerse nei colloqui di valutazione psicopatologica. Infatti la divulgazione dei contenuti dei colloqui all'interno della comunità, potrebbe alimentare in Ghalia fantasie di persecuzione. La consultazione verrà realizzata da un gruppo di terapeute e consulenti donne, da un lato per i problemi legati alla comunicazione di genere, dall'altro perchè il gruppo dei servizi sociali è formato per due terzi da uomini (C. e M.). Questa strategia vorrebbe così evitare che Ghalia immagini una alleanza maschile nei servizi schierata a favore del marito e quindi contro di lei.

Valutare allo stesso modo la prospettiva del marito soprattutto la sua integrazione e la sua traiettoria di vita. La riunione viene chiusa con la programmazione di un nuovo incontro non appena emersi maggiori elementi. Le impressioni generali del gruppo di consultazione al momento de debriefing non evidenziano elementi particolari: durante la riunione tutto si è svolto in maniera piuttosto naturale, le relazioni sono state colloquiali e partecipate.

L'incontro con H.

Incontro con H. avviene qualche settimana dopo, di mattina nella sede del centro di consultazione.

All'incontro partecipano quattro membri del gruppo di consultazione, tutti uomini tranne una antropologa. Durante il briefing iniziale, concordiamo di utilizzare un setting inclusivo, che non crei separazione ma lasci ad H. il suo spazio. Per le lasciar emergere le narrazioni sugli atteggiamenti “strani” di Ghalia viene concordato di utilizzare un atteggiamento il più possibile neutro rispetto alla dimensione del “malocchio” e del magico in modo da lasciare spazio all'emersione di elementi potenzialmente stigmatizzabili. Le sedie della sala vengono collocate in cerchio ma in maniera rada, e quando H. arriva in perfetto orario lo riceviamo in piedi presentandoci, in modo che sia lui a poter scegliere il posto in cui sedersi. H. sceglie la sedia più vicina alla porta, la sposta leggermente per sedersi, collocandola qualche centimetro più indietro rispetto alla posizione iniziale. L'incontro avviene a fine inverno ma anche se nella sala non è particolarmente freddo H. non si toglie il giubbotto, si sfilava solo i guanti, e così rimane per tutto il tempo del colloquio.

Ad R. il più anziano del nostro gruppo (ed anche la persona di riferimento per l'appuntamento) viene dato il compito di introdurci e di spiegare ad H. il nostro ruolo ed il significato della

consultazione. R. rimarca che, il nostro obiettivo è di raccogliere maggiori elementi nel tentativo di ricostruire la storia nella sua complessità ed approfondire gli aspetti ancora non chiari ma potenzialmente importanti nel definire l'intervento dei servizi. Per tranquillizzare H. rispetto alla neutralità dell'incontro e per non farlo sentire sotto interrogatorio, viene informato delle numerose domande che gli saranno rivolte. H. si è dimostrato molto disponibile e tranquillo, ha risposto senza difficoltà a tutti i quesiti e dopo i primi momenti di conoscenza la discussione è continuata senza intoppi per più di 2 h.

Durante il colloquio la vicenda di Ghalia ed H. è stata indagata processualmente tentando di cogliere i vari elementi non come fatti a sé stanti ma all'interno di una cornice relazionale dinamica in cui si manifestano eventi rilevanti nel contesto di origine nelle vicende pre-partenza, peri-migratorie e post migratorie.

La conversazione comincia appunto tentando di ricostruire il contesto di provenienza di H.

H. riferisce di appartenere ad una famiglia con 5 figli, (2 maschi e 3 femmine), proveniente da un contesto urbano. Il capofamiglia è un artigiano, possiede una piccola bottega in centro città, adesso è in pensione sia per l'età sia per un incidente automobilistico avvenuto qualche anno addietro che lo ha reso parzialmente disabile, la bottega è adesso in affitto ai suoi ex dipendenti. La figlia più piccola, di circa 30 anni, ancora non è sposata e vive tutt'ora in famiglia, il fratello più piccolo vive in Italia, le altre due sorelle più grandi sono sposate e vivono tutte in Marocco vicino ai genitori.

In famiglia tutti hanno studiato, qualcuno dei fratelli solo fino alle scuole superiori, le sorelle fino alla laurea, ma come dice H.: *“Questo fa poca differenza a livello lavorativo e di reddito.”* H. ha imparato il francese a scuola ed si considera bilingue.

La famiglia di H. si è sempre mantenuta con la bottega del padre, adesso invece utilizzano in parte i soldi della vecchia bottega, in parte affittano un piano della loro casa ad altre famiglie e, visto che la casa si trova in centro, hanno adibito anche il loro garage a piccolo negozietto.

H. ha deciso di migrare alla fine della scuola superiore, perchè in Marocco non c'erano prospettive di guadagno sufficienti. La decisione è maturata nel tempo e con una certa consapevolezza, facilitata anche dal consolidato flusso migratorio verso l'Europa dell'epoca. La famiglia non ha mostrato contrarietà rispetto alla scelta. La migrazione di H. ha rispettato i canoni delle catene migratorie. Finita la scuola H. ha già discusso con diversi conoscenti dell'intenzione di migrare, organizza il suo viaggio con alcuni amici che già risiedono in Italia e sono in grado di inserirlo a livello lavorativo. Il Marocco concede difficilmente passaporti per lavoro ma con maggiore facilità per studio, per questo H. si iscrive ad un corso ed arriva Italia con il visto da studente. Il viaggio avviene in macchina senza problemi, all'epoca le leggi sulla migrazione erano meno stringenti, ricorda di essere arrivato alla frontiera italiana con i franchi francesi e non con le lire, ma l'ingresso gli è stato concesso senza problemi, al contrario, dice, di quello che sarebbe accaduto adesso. Al sud H. si trova bene, le persone gli piacciono, viene accolto bene sia nella rete dei marocchini che degli italiani, non si sarebbe spostato se non fosse che il lavoro che può procurarsi è solo in nero. Si sposta quindi a Bologna dove gli dicono che è più facile trovare lavoro. Così infatti è, H. viene impiegato senza difficoltà semplicemente recandosi all'ufficio di collocamento dove gli viene offerto il lavoro da operaio che continua a svolgere tutt'ora.

Con il contratto può prendere in affitto la casa a NovaVilla, e sistematosi comincia a pensare di sposarsi. H. ha una fidanzata in Marocco, ma questa non ne vuole sapere di emigrare ed è quindi costretto a cercarsi un'altra moglie. Ghalia è una vicina della cugina, che funge da intermediaria, vengono presentati e si frequentano per un breve periodo, lo spazio di una vacanza di H. a casa dai

genitori. H. e Ghalia decidono di sposarsi, pianificano il matrimonio anche in relazione ai tempi del ricongiungimento familiare, si sposeranno appena possibile e nel tempo intercorrente tra matrimonio e ricongiungimento Ghalia avrà il tempo per terminare un diploma post laurea. Chiediamo a H. se non consideri la decisione di sposarsi molto affrettata, e questi si dimostra sorpreso per la domanda, sulle prime sembra proprio non capirne il senso, poi cerca di spiegarci come sia del tutto normale avere dei tempi di questo tipo dato che la religione (non prevede la convivenza).

Ghalia comunque appartiene ad una famiglia benestante, H. riferisce numerosa, con nove figli, di cui quattro maschi. Il padre di Ghalia è migrato negli anni 80 in Francia dove ha lavorato per anni inviando considerevoli rimesse alla famiglia tanto che questa riesce a comprare 4 negozi di vestiti nel suk (uno per figlio a quanto pare). Durante l'assenza del padre è la madre Ghalia a mandare avanti la famiglia ed a tenere le fila di tutto. Il padre di Ghalia a quanto riferisce H. non prende decisioni specie per quanto riguarda i figli, giustificandosi con il fatto che questi sono stati allevati dalla madre (secondo H. invece il padre di Ghalia *“non conta niente in casa, è debole e non prende decisioni non si impone e parlare con lui è inutile”*). Il centro amministrativo e organizzativo della famiglia appare quindi la madre. Nella famiglia di Ghalia pare non ci siano altri migranti a parte il padre e lei.

H. definisce Ghalia come una persona mite, a cui non piace molto uscire, timida ed abbastanza chiusa, a cui non è riferibile nulla di strano prima del matrimonio. I problemi pare comincino subito dopo all'arrivo in Italia. H. capisce che qualcosa non va da piccole stranezze, piccoli segni non meglio definiti, che diventano evidenti alla nascita del primo figlio.

Superato il problema del ricongiungimento H. prepara per Ghalia una tranquilla casa in campagna, immersa nei campi coltivati intorno della periferia NovaVilla, ma con un'altra costruzione subito di fianco. In questo H. appare premuroso, non vuole che Ghalia sia frastornata dallo spostamento in un altro contesto, e quindi sceglie una casa tranquilla, ma allo stesso tempo ha paura che si senta sola, e quindi convince un conoscente marocchino a prendere la casa vicino alla loro (H. commenta che a posteriori questo è stato un suo grande errore). Con la gravidanza e soprattutto con la nascita di Mf i segni di stranezza di fanno via via più consistenti e Ghalia comincia apertamente a parlare di una persecuzione sia nei confronti suoi che del bambino.

Secondo H. Ghalia comincia ad interpretare qualunque cosa accadesse intorno a lei come una minaccia o un presagio negativo, cose insignificanti come

“ una pietra fuori posto... è stata messa lì dai vicini per fare cadere Mf... si forma della condensa sui vetri della porta interna di casa e lei dice che è una sostanza spruzzata dai vicini per fare danno a Mf, per fare... per fare malocchio... ”.

E' a questo punto qui che H. comincia a parlare con difficoltà delle credenze della moglie, come stabilito manteniamo una certa neutralità e visto il clima non giudicante H. comincia a parlarne sempre più esplicitamente.

La relazione tra i coniugi comincia a diventare più difficile, e H. comincia a comprendere la dimensione del problema:

“un giorno ero al lavoro, e ricevo la telefonata di Ghalia tutta agitata, che mi dice: «è successa una cosa gravissima»; che devo andare subito a casa... allora io lascio subito il lavoro e scappo a casa per vedere che cosa è successo no... penso che magari è successo qualcosa a Mf.. non so, una cosa grave... Arrivo a casa e Ghalia mi dice: «è successa una cosa gravissima, hanno spruzzato l'acqua dentro casa...». Che cosa era

successo... il vicino stava lavando qualcosa non lo so...fuori...non lo so, e l'acqua è schizzata sulle finestre”.

Questo viene preso da Ghalia come un segno estremamente nefasto, vuole che H. faccia denuncia alla polizia, ed a nulla valgono i tentativi di spiegare o di convincerla che non si tratta di un evento contro di lei. Addirittura, dopo questo evento, Ghalia manifesta in maniera sempre più evidente la volontà di allontanarsi dalla casa, ed a nulla valgono i tentativi di spiegazione di H. *“un giorno mi dice «quando torni non mi trovi più», e quando torno a casa non c'è nessuno, ne lei ne Mf... guardo e il filo del telefono è tagliato”.* H. preoccupatissimo comincia a cercare la moglie ed il figlio, chiama tutti gli amici che vivono nella zona per capire se non si sia recata da loro ma niente, esce in macchina e comincia a perlustrare NovaVilla per ore finché a notte inoltrata non si decide a chiamare al polizia. Alla polizia non risulta niente, tranne la segnalazione di una donna scalza con un passeggino ed un bambino piccolo che avvistata mentre cammina sulla statale in direzione della provincia di Ferrara, ma che al sopraggiungere della pattuglia non hanno trovato nessuno e non c'è stato niente da rilevare, la polizia comunque suggerisce ad H. di mettersi in contatto anche con la stazione dei carabinieri dei comuni del Ferrarese, nel caso la donna fosse passata in un'altra giurisdizione.

H. si reca in macchina sul posto, ma anche i carabinieri del Ferrarese non hanno trovato nessuno. Quando sono ormai le 11 di notte H. prova a fare visita ad alcuni amici che vivono nella zona,

“ma solo per scrupolo perchè vivono a tanti chilometri da casa più di 30, invece Ghalia era lì con il bambino, aveva camminato per tutti i chilometri, ad un certo punto aveva buttato le scarpe ed il passeggino.... poi siamo tornati a prenderlo... mi ha fatto vedere «è lì» lo aveva buttato dietro ad un cassonetto ed ha continuato a piedi fino ad arrivare così distante...”.

Dopo questa vicenda H. è costretto in tutta fretta a cambiare casa, ad allontanarsi dai vicini e vivere in una situazione di maggiore isolamento. H. trova un appartamento in centro a NovaVilla nella via degli immigrati *“ma quando ci sono andato ad abitare ero il primo”*, e siccome c'è bisogno di rimettere a posto la casa, risistemarla e rimbiancarla pensa di mandare al moglie ed i figli in Marocco nella speranza che questo gli faccia bene. Ma da subito Ghalia manifesta perplessità anche rispetto alla nuova casa, per esempio non vuole entrare in casa prima che questa non sia completamente risistemata perchè altrimenti *“qualcosa andrà sicuramente storto e la perderemo”*.

Anche il periodo in Marocco è fonte di ulteriori problemi relazionali. Una volta in Marocco Ghalia va a vivere dai suoi e H. si raccomanda molto con la moglie perchè questa porti Mf dai nonni. Mf è il primogenito maschio e la famiglia H. non lo ha ancor mai visto. Ma Ghalia è restia, porta Mf dai nonni una sola volta, e si giustifica con le solite paure per l'incolumità del figlio. Nello specifico H. riferisce che all'epoca i suoi genitori erano appena tornati da un pellegrinaggio alla mecca e come si usa in questi casi avevano portato dei regalini ai nipoti ed avevano pensato anche a dei regali per Mf. Il regalini in questione è una semplice macchinina e mentre Mf. ci sta giocando nella casa dei nonni cade. Ghalia interpreta la caduta come segno negativo, porta via il figlio dalla casa dei nonni e non tornerà più in visita alla famiglia di lui. In questo modo Ghalia infrange una regola sociale, dovrebbe rimanere a casa dei genitori del marito con il primogenito, almeno qualche giorno, e sarebbe redarguita dalla sua famiglia se tornasse a casa troppo presto e quindi va a dormire a casa di una cugina (questo H. lo scopre in un momento successivo).

Al ritorno di Ghalia in Italia la situazione continua a peggiorare, prima della partenza H. chiama i suoi genitori per farsi inviare un pacco da casa e così scopre che Ghalia non si è più fatta vedere per tutto il periodo del soggiorno, la madre di H. comunque concorda con lui l'invio di un pacco e si

premunisce di portarlo personalmente a casa della famiglia di Ghalia poco prima che lei parta. Ma Ghalia arriva a Bologna a mani vuote, e quando H. chiede spiegazioni si sente rispondere che il pacco conteneva oggetti di scarso valore oltre ad alcune cose di colori che lei non poteva trasportare. Avvia comunque H. che il pacco è custodito in casa dei genitori e che potrà prenderlo la prossima volta che si reca in Marocco. E' a questo punto che H. comincia a spazientirsi, a sentirsi offeso ed a percepire che la sua pazienza sta giungendo al limite. Per giunta anche nella nuova casa cominciano problemi con i "vicini" H. riferisce:

“qualunque cosa succede è un pericolo, torniamo a casa un giorno in macchina, dovevo scaricare la spesa, scendo dalla macchina e c'è un pacchetto di sigarette rosso per terra davanti alla porta di casa, per lei è un segnale, «vedrai che ne troviamo un altro anche la prossima settimana» allora dico che c'è ne sono mille pacchetti di sigarette rossi per strada... ma non c'è niente da fare.... niente da fare.... una pietra fuori posto qualunque cosa è pericoloso qualunque cosa...”.

La convivenza arriva al punto di rottura l'anno successivo durante le vacanze, Mf è già in età da circoncisione, e H. comincia ad interessarsi per organizzarla mentre si trova in Marocco. “*La circoncisione è una grande festa, una tradizione*” dice H., un evento rituale, ritenuto da H. *patriarcale*, con le sue regole sociali, con significati anche religiosi e per quanto riguarda le relazioni nelle reti comunitarie. In questa occasione entra per la prima volta in gioco nel racconto di H. la figura della madre di Ghalia con una grave frattura dal punto di vista dei rapporti tra famiglie.

La madre di Ghalia organizza la circoncisione di Mf. di nascosto alla famiglia di H. mettendolo di fronte al fatto compiuto, avvisandolo che tutto è organizzato per il pomeriggio dello stesso giorno, che sono state invitate 50 persone tutte della famiglia di lei, nessuno della famiglia di lui.

Questo per H. è un racconto palesemente sofferto, il trasposto emotivo è evidente ed è chiaro che si sta ripercorrendo uno dei nodi centrali della relazione.

H. prova con ogni mezzo a non creare un incidente diplomatico tra le famiglie, va a prendere Ghalia la conduce fino a casa famiglia perché per lo meno inviti di persona anche se tardivamente i suoi familiari, sulla porta di casa Ghalia riluttante fino all'ultimo, avvisa che avrebbe invitato solo la madre di lui. L'incidente diplomatico è inevitabile, avviene una lite tra Ghalia e la sorella minore di H. che ancora vive in casa, la situazione precipita. Nella sua ricostruzione, H. racconta di tentare tutte le possibili mediazioni, fino all'ultimo minuto, si reca a casa di lei per parlare con il padre quando già i primi invitati stanno arrivando, ma il padre di Ghalia si rivela inconsistente rispetto alle dinamiche familiari, pur in questa situazione grave dal punto di vista delle relazioni tra famiglie e del rispetto della tradizione, trasferisce tutto il potere decisionale alla moglie; dal racconto di H. sua suocera emerge in perfetta sintonia con la figlia, anche lei afferma in completa continuità con Ghalia che esistono delle forze negative (a questo punto almeno in parte chiaramente nella famiglia di lui) che possono nuocere al bambino e che devono essere tenute lontane. Dal racconto di H. traspare come il “malocchio” sia un patrimonio simbolico della famiglia di Ghalia in cui soprattutto la madre è coinvolta. Il danno potenziale a cui Ghalia ed il bambino sono esposti e potenzialmente superiore al danno sociale causato dal non invito della famiglia di H.

Da questa vicenda H. esce fortemente indebolito nel suo ruolo sociale di marito e di padre, non riesce a risolvere la crisi diplomatica tra le famiglie, non riesce ad imporre i suoi diritti di capofamiglia ed esce definitivamente sconfitto dal confronto con la moglie e con la famiglia di lei. Emerge anzi, nella conduzione degli affari familiari un asse di potere femminile, che passa attraverso le madri e le sorelle e che sembra escludere le componenti maschili, il marito, i padri i

fratelli, non prendono parte o sono soggetti marginali della contesa.

A peggiorare la situazione è il fatto che come anche H. ammette è in quell'occasione che avrebbe dovuto chiedere il divorzio e questo è stato anche secondo lui un grande errore.

Da un lato H. percepisce che qualcosa si è definitivamente spezzato in lui e nella relazione, nel racconto usa esattamente e ripetutamente le parole *“hai rotto tutto”* riferendosi alle conversazioni con Ghalia, allo stesso tempo invece di prendere le misure del caso continua a tentare di ricucire lo strappo. Negli ultimi giorni Ghalia si è ormai trasferita a casa dei suoi genitori con Mf, chiudendo tutte le relazioni con H.. H. dal canto suo è in dubbio sul da farsi, se partire lasciando la moglie ed il figlio in marocco o no. All'ultimo momento decide, dice:

“per il bene di Mf sono andato a prenderli, anche perchè ho pensato a Mf cresciuto in questo ambiente ed in questa cultura e non ho voluto lasciarlo lì [...] questa è un sconfitta per me, lei lo ha preso come un segno di vittoria totale contro di me da quel momento ha fatto sempre, sempre come diceva lei. Prima di partire le ho detto «tu devi chiedere scusa alla mia famiglia», sai cosa mi ha detto? Che avrebbe chiamato per telefono perchè non aveva il coraggio di farlo davanti... che per telefono era più facile. Poi quando siamo arrivati in Italia non solo non ha mai fatto quello che aveva promesso... ma addirittura quando chiama mia madre se risponde lei dice «avete sbagliato numero»... oppure dice che non sono in casa e non mi avvisa neanche della telefonata, poi io richiamo ... «mamma perchè non mi hai chiamato...ma come?».”

Da qui la storia prende una piega sempre più negativa, H. durante il colloquio continua a ripetere che ha sempre sperato nel futuro, che all'epoca dei fatti ha perso la direzione, che non ha saputo dove andare, che non sapeva cosa fare, insomma comincia un periodo in cui si fa semplicemente trasportare dagli eventi.

A questo punto il racconto di H. si fa più confuso, più intimo, meno esplicito, meno chiaro. In questo contesto Ghalia vuole un altro figlio, sostiene che non ne hanno ne stanno avendo altri per via del malocchio, delle “forze occulte” e che lei è intenzionata a ingaggiare e vincere una battaglia contro queste stesse. In questo battaglia, adesso e apertamente supportata dalla madre, con cui organizza riti o strategie, si sentono spesso, H. dice *“lei ad un tratto riceve dei messaggi dal Marocco”* chiediamo -*“SMS dalla madre?”* - H. *“sì sì ma anche proprio nella testa di lei, dice «mi ha riposto è arrivato il messaggio»”*.

Ghalia si affida anche ad una ginecologa per farsi seguire dal punto di vista medico e curare eventuali patologie, visto che non ci sono problemi biologici, ne esce rafforzata la sua idea di essere vittima di un maleficio. Dopo qualche tempo finalmente Ghalia riesce a rimanere incinta, ma la gravidanza è extra uterina e non può proseguire, per le complicanze le viene asportato un ovaio, e la ginecologa, per prevenire ulteriori problemi le prescrive la pillola anticoncezionale. Nella ricostruzione di H., G fa finta di prenderla e con questo stratagemma riesce a rimanere incinta una seconda volta, e questo per lei è un segno di vittoria contro il malocchio. Nel giro di 14 mesi Ghalia rimane incinta anche dell'ultimo figlio, H. continua a sorvolare sul suo ruolo dicendo semplicemente *“sapete come sono fatte le donne e quando si mettono in testa una cosa”*. Comunque anche se Ghalia dovrebbe essere soddisfatta per aver compiuto il suo progetto, le manifestazioni continuano in maniera sempre più ingravescente. Per esempio quando il fratello di H. migra in Italia arriva a Bologna dove dovrebbe rimanere ospite qualche giorno, prima di raggiungere la fidanzata che studia a Perugia. Ghalia è molto preoccupata che nel bagaglio del fratello di H ci siano degli oggetti malefici e non vuole che entri in casa. Questo causa delle schermaglie con H. ma questi ormai non ha più nessuno controllo sulla situazione, quanto torna a casa dopo il lavoro il giorno

successivo Ghalia ha già cacciato di casa il fratello, adducendo come scusa che non ha potuto verificare il contenuto della valigia.

A questo punto del racconto, dopo più di due ore consecutive di discussione senza interruzione decidiamo di chiudere l'incontro con il consenso di H. con l'idea di continuare in un altro momento. Chiediamo ad H. se vuole chiedere o aggiungere qualcosa, non ha niente da domandare se non che se possibile vorrebbe fissare l'incontro successivo nel pomeriggio per non doversi assentare dal lavoro, concordiamo e ci congediamo cordialmente.

Durante il debriefing sono emerse alcune riflessioni e sottolineature:

H. ha introdotto l'importante tema del "Malocchio", prima con una certa reticenza poi parlandone con tranquillità. Le "stranezze" riferite dagli operatori nel primo incontro acquistano una dimensione culturalmente indagabile, al di là della pure manifestazioni psicologiche o psichiche, con strumenti non prettamente sanitari.

Nella storia affiorano relazioni di potere soprattutto matriarcale e il senso del malocchio e della difesa e della minaccia andrebbe indagato in anche maniera relazionale rispetto alle reti in cui i vari attori sono calati. Il male che minaccia Ghalia è così grande da collocare in secondo piano le relazioni tradizionali tra famiglie, la diplomazia, tutto questo è secondario rispetto ai danni che possono essere causati dai malefici e dal malocchio. Ma perché Ghalia è così minacciata? Cosa le è successo? E' successo qualcosa a lei o alla famiglia? Perché se Ghalia è tanto minacciata non è a casa con la sua famiglia?

Il contesto legislativo in cui H. migra è fortemente differente da quello attuale, (la migrazione di H. avviene in un contesto di differente politica migratoria, al di là della facilità con cui riesce a superare la frontiera va sottolineato come all'epoca esistesse un percorso di emersione della clandestinità indipendente dalle sanatorie o dai decreti flussi, quello che sorprende è come H. lavori ininterrottamente dalla fine degli anni novanta nella stesso posto)

Il secondo incontro con H

Il secondo incontro con H. si svolge dopo qualche settimana, malgrado la decisione di vederci al pomeriggio, problemi organizzativi, sia degli psichiatri sia della struttura hanno impedito di incontrarsi nelle ore pomeridiane, segnalando i problemi e le rigidità strutturali del servizio stesso.

Il briefing viene fissato alle ore 9 per avere mezz'ora di tempo e decidere i punti da toccare. Rispetto al primo incontro abbiamo già realizzato due incontri con Ghalia e due con gli operatori della casa protetta, vorremo che H. terminasse il racconto, soffermandosi all'ultimo periodo quello dell'ultima lite, sulla situazione di degrado in casa, sulle motivazioni della convivenza post divorzio, sulla descrizione del divorzio marocchino e sui suoi significati in Italia ed in Marocco, sulla sua posizione nei dissidi tra Ghalia e la sua famiglia, ed in ultimo in chiave propositiva approfondire il presente, la sua visione rispetto all'intervento neuropsichiatrico sui figli, cosa emerge dalla vita in comunità dei figli e come vede lui il futuro suo e delle moglie.

H. arriva puntualissimo, tanto che dobbiamo chiedergli di attendere qualche minuto per consentirci di terminare la definizione della scaletta del colloquio. R. come al solito introduce l'incontro, comunicando che un gruppo di sole donne ha incontrato per due volte Ghalia nella struttura per

conoscere gli eventi anche dal suo punto di vista. Subito dopo riprendiamo le fila del discorso, ripartendo da dove era stato interrotto l'ultima volta, l'arco di tempo che va dalla nascita dell'ultimo figlio a prima del divorzio.

Il racconto di H. è molto denso di date ed eventi, segno probabilmente di una storia più volte ricostruita e rimessa in fila. Nel racconto H. ripete quanto gli paiano incomprensibili i comportamenti della moglie, ed i suoi tentativi di continua pacificazione della situazione famiglia, in un modo da apparire addirittura eccessivamente "buonista".

Riprende il racconto dalla nascita del terzogenito, momento in cui, come introdotto nell'incontro precedente la situazione invece che migliorare sembra addirittura peggiorare, con comportamenti di Ghalia sempre più problematici. Tornata dall'ospedale, infatti Ghalia si rifiuta di entrare nella camera da letto matrimoniale, si trasferisca a dormire con i figli più piccoli in sala, H. ed Mf continuano invece a dormire nelle rispettive stanze. Nell'interpretazione di H. Ghalia è intimorita da qualcosa nella stanza matrimoniale, in quanto si rifiuta anche solo di entrarci, è H. infatti a doverle prendere ciò che le serve e a doverla rassettare e pulire. H. riesce a ricostruire una interminabile serie di eventi di a cui si sforza trovare una spiegazione, ma che non sa spiegare. Allo stesso tempo Ghalia comincia un processo di isolamento ed allontanamento dal marito, tanto che arriva a dichiarare più volte di essere divorziata. Inizialmente H. prende queste affermazioni con leggerezza, più come un modo di dire che una reale volontà di separazione, ma Ghalia continua a sottolineare sempre più frequentemente questo stato di separazione di fatto, senza tra l'altro fornire maggiori spiegazioni.

Dai racconti appare, anche se non esplicitato dal H. una critica di Ghalia alla sua capacità di condurre la famiglia di farla vivere in modo sufficientemente agiato. Uno di questi episodi è un viaggio in Marocco, H. racconta di voler partire in macchina, (è meno costoso e può al ritorno portare più cose in Italia), ma Ghalia differentemente da quanto concordato, si rifiuta di partire. Ne nasce un confronto, ma questa volta H. sia per questioni economiche sia perché a raggiunto il suo punto massimo di sopportazione parte da solo, consapevole di aver compiuto un gesto forse che Ghalia a questo punto della storia non si aspettava, di cui non lo riteneva capace e che vive come un affronto.

Nel suo viaggio in Marocco H. va a fare visita al suocero, con cui intende discutere delle difficoltà di convivenza con la figlia, chiedendo che la famiglia prenda dei provvedimenti. Il padre di Ghalia, nelle immaginario di H. dovrebbe rappresentare la controparte con cui negoziare, ma ancora una volta, questi, di fronte alle rimostranze di H. non sembra aver nessun ruolo pratico se non portavoce delle decisioni delle donne. H. non ha molte altre frecce al suo arco, da pescare nelle reti sociali e nelle relazioni culturalmente definite. La famiglia di Ghalia sa perfettamente che cosa sta succedendo ma non intende prendere provvedimenti nella direzione auspicata da H.

Per sostentatore questa affermazione H. dice

“quando sono andato a casa del padre, lui prima mi ha dato delle cose da portare a Ghalia... poi prima di andare via a cambiato idea perché sapeva che Ghalia non avrebbe accettato niente che arrivava dal Marocco passato dalle mie mani.”

Al ritornato in Italia la situazione è sempre critica, Ghalia smette completamente di adempiere al ruolo di moglie. Il tema del divorzio ritorna nei discorsi di Ghalia in maniera sempre più pressante, H. tenta di dissuaderla accetta che la loro condizione sia di fatto un divorzio, ma le chiedere di riflettere sulle implicazioni di un divorzio legale. Nel racconto di H. i suoi sono tentativi ripetuti di dare tempo a Ghalia di *“ravvedersi, di riflettere bene”*, lui che non aveva optato per il divorzio dopo il primo figlio tanto meno adesso che sono nati gli altri due. Infine dopo qualche mese Ghalia

decide di partire per il Marocco, subito dopo le vacanze natalizie, in un periodo di apertura delle scuole, cosicché può portare con se solo i due figli piccoli, dovendo lasciare a casa Mf, ma apostrofando H. con un *“tanto questo figlio è tuo”*. I contatti di H. con la moglie sono complicati e talvolta mediati dal padre, si susseguono una serie di telefonate il cui tema è il divorzio, che ormai Ghalia sembra intenzionata a portare avanti a tutti i costi.

E' a questo punto del racconto che H. pare cedere, vista la ferma intenzione della moglie, propone di essere lui ad avviare le pratiche, perché per la legge Marocchina il divorzio per un uomo è più semplice e richiede un iter burocratico meno complesso. H. riferisce che in questa vacanza Ghalia manifesta dissensi anche con i suoi genitori, (H. ne ignora il motivo) tanto che Ghalia si trasferisce dalla casa della madre a quella della sorella. H. lo sa perché questo rende ancora più complicate le comunicazioni con la moglie proprio nel delicato momento del divorzio. Al ritorno di Ghalia in Italia H. ha già accettato l'idea del divorzio, vive con il resto della famiglia solo parzialmente, va a casa solo a dormire, mentre per i pasti, dalla colazione alla cena, va sempre a mangiare a casa del fratello (che adesso vive a NovaVilla). Da quando lui non vive più formalmente in casa Ghalia ha cambiato la disposizione dei mobili, in un modo a detta di H. né funzionale né razionale. La giustificazione di Ghalia è che spostando i mobili ha creato uno spazio giochi per i figli, ma la casa diventa invivibile, i mobili sono ammassati da un lato della sala (oltre ad essere stati rovinati nello spostamento), è quasi impossibile entrare in casa con un oggetto di grandi dimensioni perché la porta non si apre. H. è preoccupato per la capacità di accudimento dei figli di Ghalia bambini non rispettano le regole basiche, ad esempio mangiare a tavola, perché Ghalia non le ritiene importanti.

Per esempio un episodio che porta Ghalia a chiedere l'intervento dei carabinieri è proprio basato su una di queste dinamiche. H. compra i libri di scuola per Mf, tutti i libri necessari per l'anno scolastico, una spesa discreta per le finanze della famiglia. Il giorno successivo tornato dal lavoro vede le pagine dei libri lastricare il cortile di casa, mentre Ef. e Of. Strappano le pagine e le gettano dalla finestra nella completa incuranza di Ghalia. H. si arrabbia molto, si arrabbia con i bambini, li prende con se e li porta a raccogliere i resti dei libri, mentre li rimprovera, se la prende con Ghalia che non da spiegazioni ne scuse per l'accaduto, se non dire che è colpa di Mf, che ha lasciato i libri a portata dei fratelli più piccoli. Tuttavia l'elemento grave per H. è che i bambini per giocare con le pagine dei libri si sono dovuti sporgere dalla finestra con il rischio di cadere. E' in questa occasione che Ghalia chiama per la prima volta i carabinieri, denunciando che padre stesse picchiando i figli. I carabinieri arrivano ma non possono che constatare la mancanza di violenza al momento, e consigliano a Ghalia di sporgere nel caso denuncia. H. afferma più volte che avrebbe in realtà dovuto/voluto/potuto picchiare Ghalia e non i suoi figli, ma che non l'ha fatto. Il suo racconto è teso a dare un'immagine di lui come uomo devoto alla famiglia, che in nome della serenità familiare è disposto a subire e a sacrificarsi, anche a scapito della sua autorità e del suo ruolo di uomo. Lui si sente offeso, ferito per i continui affronti di Ghalia, però la vede anche molto protettiva, timorosa delle ingerenze esterne, in modo ossessivo e quasi patologico. Per H. il tutto è legato ad retaggio magico tradizionale dalla famiglia, che portato all'estremo, come nel suo caso può diventare patologico. Secondo lui Ghalia comunque è malata, e anche se non in grado di dare un nome all'eventuale malattia, questa sarebbe comunque nell'ordine delle patologie bio-mediche.

Per questo H. torna in Marocco e inizia la procedura di divorzio, seppur a suo dire, a malincuore per via dei bambini. Anche questo, secondo H. viene vissuto da Ghalia come un affronto, lei in fondo non lo riteneva capace, non pensava ne avesse la forza, ma lui l'ha fatto. Una volta realizzato il divorzio, Ghalia tenta di tornare sui suoi passi (in Marocco le procedure per chiedere e annullare il divorzio sono più semplici che in Italia con meno vincoli), e chiede a H. di tornare insieme. A questo punto secondo la ricostruzione di H. è lui che non se la sente, non potendo la moglie garantire condizioni di vita e comportamenti diversi. Continuavano tuttavia a vivere insieme H.

sostiene per non creare problemi ai bambini, sia perchè Ghalia palesemente non è in grado di accudirli da sola, sia perché sono molto attaccati a lui. Ghalia si ritira a vivere nella stanza di Mf. in una condizione di isolamento sempre maggiore, sta chiusa in camera, dove raramente pulisce o apre le finestre, neanche per fare entrare la luce. La stanza è la più degradata della casa, dopo un pò le pareti ammuffiscono, il pavimento si solleva in alcuni punti ma Ghalia non lascia entrare nessuno. Anche il suo aspetto peggiore, è sempre più trasandata, si veste male, a caso, non cura il suo aspetto.

Poi un giorno, mentre tutta la famiglia è di ritorno dalla spesa settimanale al supermercato, Ghalia d'improvviso chiama i carabinieri, accusando ancora una volta il marito di picchiare i figli. All'arrivo i carabinieri trovano una situazione sostanzialmente tranquilla, H. sta sistemando la spesa negli scaffali, non si accorge neanche del loro arrivo, i carabinieri stessi sono sorpresi e chiedono a H. dove sia il padre dei bambini. Ghalia di fronte alle domande dei carabinieri mostra una macchia sulla schiena di Mf che anche se si avvicina ad un livido viene riconosciuta come essere una voglia. I carabinieri però trovano la casa in condizioni pessime e da qui chiedono l'intervento degli assistenti sociali. H. dice che in realtà oltre ai mobili sfasciati ed accatastati quella che è in condizioni preoccupanti è la stanza di Ghalia perchè lui e Mf hanno sempre tenuto più o meno in ordine il resto della casa. Comunque dopo l'intervento dei servizi sociali Ghalia va a vivere in un altro appartamento, di cui lui paga l'affitto versandole 300 euro al mese e si è fatto garante. Ha pagato anche i mobili per l'arredamento. In quel periodo Ghalia lavorava con piccoli interventi di sartoria a domicilio, per cui all'affitto poteva provvedere, ma H. si premura di pagare ugualmente. Durante tutto l'anno anche se visitava regolarmente i bambini non ha idea di quale fosse l'organizzazione e la condizione igienica della casa, in quanto rimaneva sempre all'ingresso per non essere invadente.

Poi Ghalia è partita per il Marocco all'improvviso senza avvisare nè lui, nè la scuola senza pagare l'affitto e le ripercussioni sono ricadute tutte su di lui che era il garante. Al ritorno dal Marocco Ghalia rivendica anche il mantenimento non versatole dopo il divorzio, così H. si è trovato a dover pagare una quota di 8000 euro, con uno stipendio di poco più di 1000 euro al mese. Afferma che nonostante si sia sentito continuamente attaccato alle spalle da Ghalia, con comportamenti, a suo avviso, ingiustificati e incomprensibili, lui non vuole incrinare ulteriormente la situazione e per questo la sua idea è quella che Ghalia possa avere una casa vicino a lui con gli altri due figli, in modo che lei possa vivere tranquilla, e lui d'altro canto potrebbe controllare e supervisionare la situazione.

L'incontro finisce qui dopo quasi altre due ore. Con H. concordiamo per un ulteriore momento finale di confronto, se lui è d'accordo alla presenza dei servizi e della moglie, si dice disponibile e ci concediamo.

Nel debriefing emergono alcuni punti:

E' Ghalia che si rivolge alle forze dell'ordine ma nei due casi è lei che sembra avere la peggio, ha difficoltà a comunicare in italiano ed è il marito che si frappone o si fa interprete della comunicazione anche quando è diretta contro di lui, questa notazione fa emergere più in generale la limitatezza degli strumenti che Ghalia può utilizzare per affermarsi, al di fuori della dinamiche familiari e del confronto con le forze occulte.

La continuità degli eventi tra Italia e Marocco non mostra una soluzione di continuo, l'atto migratorio non si presenta in questa storia come una linea di demarcazione, coinvolge molto più che le reti sociali e affettive, include la giustizia, la risoluzione o l'inasprimento dei conflitti, il simbolico e l'occulto, la gestione delle questioni

economiche e relazionali.

H. ha ormai rielaborato più volte la sua storia, narrandola a diversi soggetti, la sua famiglia, le forze dell'ordine, gli assistenti sociali, a noi del centro, la ricostruzione è ordinata, ben ricostruita e precisa, il ruolo di H. nella narrazione è coerente e privo di contraddizioni.

Incontro con gli operatori della casa protetta.

Prima del secondo incontro con H. viene fissato un appuntamento per discutere insieme agli assistenti sociali, allo psicologo e agli operatori della casa protetta.

L'incontro è stato ben recepito, anzi stimolato dagli operatori stessi. La relazione con Ghalia e con i figli, d'altronde, è molto complicata e si rendono conto di non aver trovato la chiave di lettura adatta alla gestione del caso.

Considerazioni generali:

La casa protetta è in pieno centro nel comune che chiameremo Casalpiccio, all'apparenza un luogo accogliente, in una struttura tranquilla, non affollata e spaziosa. Gli operatori del Centro che si recano in visita sono I. medico ed F. antropologa, arrivano per ultimi alla riunione, gli altri operatori sono tutti presenti, e stanno chiacchierando fra di loro. Partecipa alla riunione anche la direttrice della casa Dc., molto "indaffarata" si siede al tavolo dopo il nostro arrivo e va via dopo circa un'ora per partecipare ad un'altra riunione. Un'altra operatrice Oc., invece, rimarrà per tutto il tempo della discussione. L'incontro comincia con una breve presentazione dei presenti e con una introduzione al senso della chiacchierata del giorno e del lavoro del centro di consultazione. La direttrice dice di essere già a conoscenza del lavoro del Centro e di conoscere l'assistente sociale con cui collaboriamo. L'incontro viene aperto dalla direttrice che presenta brevemente l'associazione, parla "a braccio", non ha preparato nulla di scritto nè ha cartelle o appunti da consultare, per questo il racconto è disordinato, con numerosi casi esemplificativi, descrizioni dei comportamenti di Ghalia, commenti e divagazioni. Durante la narrazione spesso interviene l'altra operatrice aggiungendo particolari o sottolineando alcuni punti.

La direttrice Dc introduce il contesto delle relazioni nella casa:

"Quando le donne arrivano in comunità di solito sono seduttive, tentano di presentarsi bene, di distinguersi. Allo stesso tempo apprendono attraverso il passaparola quali sono le strategie di relazione all'interno della comunità e che ruoli le persone ricoprono all'interno della struttura."

Da questa affermazione, emerge come le donne percepiscano che dare una buona impressione di sé, comprendere le regole esplicite e quelle non implicite, quali siano le operatrici da cui può ottenere di più e toccando quali corde, risulta di primaria importanza per la negoziazione della propria presenza nella casa.

"Il passaparola è vincente in questo, imparano che cosa ti devono dire con il passaparola. Ghalia è stata accolta nel giro come le altre, ed anche lei quando è arrivata ha utilizzato questo modello che definirei di relazione seduzione/ inganno. Si è presentata come donna competente che pulisce, cucina, ordinata, che accudisce i figli"

Dopo questa prima fase Dc. dice che in breve tempo emerge chiaramente come Ghalia non

rispecchi affatto i canoni della donna “normale magrebina”: si rivela una pessima donna di casa ed una pessima madre. Una delle regole della casa è, infatti, che le donne della comunità sono tenute a turno ad occuparsi degli spazi comuni: pulizie, riordinare, cucinare. Ghalia non solo non è in grado di soddisfare le regole della casa, ma non è in linea con le attese delle altre donne. Questo è un elemento importante nella dinamica di relazione dentro la comunità, perché la relazione di Ghalia non è inappropriata solo rispetto alla struttura ma anche rispetto alle altre donne. E ciò si traduce, dopo un primo momento di accoglienza ed inclusione, in un allontanamento. Uno dei problemi principali è che Ghalia è sporca e trasandata, non accudisce in maniera adeguata i figli e quando deve occuparsi delle cose comuni le altre donne sono contrariate dallo scarso livello di igiene. Dc. riferisce ancora con un certo imbarazzo:

“Adesso...non per dire...ma loro preparano il pane arabo in casa...a turno...ecco quando tocca a Ghalia per esempio lei discute con le altre, mentre prepara il pane si scaccola e poi continua tranquillamente ad impastare, le altre buttano il pane e lo rifanno [...] Un'altra volta, ma questo siamo venuti a saperlo solo dopo, uno dei figli si fa la cacca addosso, allora lei mette nella lavatrice le mutande così come sono e comincia a lavarle, ad un certo punto una delle donne urla perché vede la scena di qualcosa che galleggiava nella lavatrice mentre è seduta a tavola. Dopo una storiella come questa delle mutande, come recuperi il rapporto poi?... Ma c'è stata solidarietà, Ghalia ha chiesto alle donne di non dire niente alle operatrici e le donne non lo hanno fatto, noi siamo venute a saperlo solo molto dopo.”

Al di là dei giudizi negativi su questi aspetti di competenza a gestire la pulizia e di accudimento, ci sono ancora quelli caratteriali e comportamentali:

“Poi rapidamente cominciano ad affiorare le cose vere: lei non è una donna pulita, non ha un colore in tono, tutta sbrindellata, sciatta, e lì c'è stato un problema perché come lei non era pulita gli altri non volevano mangiarci insieme, ed anche per come lei accudiva i figli.”

Ghalia parla da sola, “ride anche per 5 minuti davanti ad uno specchio” oppure “è persa” o “canta” e quando le chiedono perché rida, lei risponde che pensa a delle cose del passato che la fanno ridere.

Inoltre ha comportamenti “stravaganti”, sopra le righe, è “completamente staccata dal mondo” in diverse situazioni. Per esempio quando non è interessata ad una discussione, anche se la riguarda, cerca delle vie di fuga, si alza di colpo e se ne va, oppure, se si annoia, si mette a dormire nel mezzo della discussione, come succede a volte nel corso di cucina. Oc. commenta:

“E' come se dicesse: non capisco, quindi dormo [...] immaginate cosa questo significa al riguardo dell'educazione dei bambini, sono completamente ineducati [...] Una donna del gruppo, ospite della casa, dice di lei che «ha un omino in testa» e per questo ride da sola davanti allo specchio [...] Altre volte per via dei figli fa delle scenate, urla in mezzo alla gente in luoghi pubblici, non è in grado di mantenere una relazione sana ed equilibrata con loro [...] per questo le altre donne della comunità la giudicano e la identificano come persona problematica, con una malattia mentale”.

Dopo questa panoramica su Ghalia tentiamo invece di aprire il discorso sui figli. E' ancora Dc a intervenire:

“I bambini di Ghalia hanno visto delle cose brutte e si vede dai comportamenti. Ad

agosto, quando è arrivato in comunità Ef. il figlio di mezzo, aveva proprio la pelle di un bambino malato, opaca, sporca. Hai presente quelle chiazze di sporco che non sai se è pelle o è lo sporco? E e poi altre cose così...lei non gli faceva indossare le mutande [...] Poi penso che lei avesse un problema molto forte con la nudità dei figli e con il lavarli [...] Noi a queste cose siamo abituati, capiamo le problematiche, infatti noi li facciamo stare al massimo fino al 14° anno perché poi con i magrebini ci sono problemi con l'intimità del corpo.”

Ghalia utilizza i figli anche per fare emergere, comunicare, le cose che pensa o per scaricare la responsabilità. Dice a tal proposito Oc.:

“Per esempio, nel caso non voglia lavare i figli, dice che sono loro a non voler essere lavati. Poi succede che i figli vogliono essere lavati e lei tira fuori di tutto.”

Altra cosa grava è, secondo Dc., che chiunque si metta in relazione con i bambini, in forma più stretta, viene percepito da Ghalia come un nemico da eliminare:

“Come se le rubasse un pezzo di relazione con i figli, deve essere una relazione solo sua. Per esempio, quando i bambini si divertono, è successo una volta in biblioteca con l'operatrice, lei da di matto.” (In riferimento allo stesso episodio raccontato dagli assistenti sociali in cui i figli seguono un'attività teatrale con un'operatrice che riesce a stabilire un buon rapporto con Ef. e Of.).

Ghalia non distingue lo spazio pubblico da quello privato, e non adegua di conseguenza i suoi comportamenti. Oc. afferma:

“Immaginate la scenata in mezzo alla biblioteca, con le famiglie italiane allibite e lei che continua a gridare contro i figli.”

Oc. continua con alcune sottolineature molto più forti:

“Lei non può vedere i figli felici [...] ma i bambini non vedono l'ora di stare senza di lei [...] per esempio lei non voleva mandarli a scuola di pomeriggio [...] Di sicuro ci sono delle questioni culturali con i magrebini: non capiscono l'importanza del gioco, quindi quando si propone di mandare i figli all'asilo, di solito, loro preferiscono mantenerli a casa. Però, la scuola ha un altro significato, di solito, quindi non ci aspettavamo che Ghalia si opponesse così tanto a farceli andare di pomeriggio.”

Anche su questo punto Oc. riferisce che Ghalia nega la realtà, dice che i figli non vogliono andare a scuola che vogliono stare solo con lei:

“Solo che nella realtà lei li picchiava, ed i bambini da scuola non vogliono tornare a casa [...] Pensate che quando la mamma li va a prendere i figli gli dicono: «Muori stronza, vai via!».”

Anche sulle violenze verso i bambini le operatrici della casa riferiscono quanto Ghalia neghi la realtà. Dopo uno degli episodi più violenti sono dovuti intervenire duramente minacciandola di denuncia se si fosse ripetuto un caso così grave. E lei ha risposto dicendo:

“Ma come tu mi dici di non picchiarli? Ma se quando sono stata a casa in Marocco i miei mi dicevano che li picchio poco!”

Dc. a sostegno dell'idea che non siano i bambini ad essere particolarmente incontrollabili, ma che il problema sia della madre, afferma:

“Quando i bambini sono stati inseriti a scuola, essendo tanto problematici, la scuola li

ha accettati con riserva, come dire...in prova...Ma siccome a scuola non causano nessuna particolare difficoltà, se li sono presi definitivamente e non hanno mai causato guai.”

Comunque non ci sono solo aspetti negativi, l'intervento nella casa protetta sembra dare qualche frutto, i progressi ci sono stati anche se saltuari e anche se meno su di lei, margini di miglioramento si stanno avendo sui figli. Questi ultimi sono molto migliorati rispetto al loro arrivo, l'intervento educativo sta avendo effetto: riescono a parlano italiano, si comportano meglio di prima, stanno apprendendo delle regole di convivenza sia in casa che fuori.

Per Ghalia, invece, è diverso. Dice Oc.:

“Pare quasi che lei abbia una stima di sé tanto bassa che non può pensare che gli altri stiano meglio [...] Le regole primarie le ha introiettate, fa o dice quello che le dicono di dire, ripete i discorsi che le sono stati fatti, ma come se non ne capisse il motivo. Per esempio a volte dice «Ho lavato i figli 2 volte perché se lavare i figli è bene, lavarli 2 volte è molto bene». Poi ripetendo i discorsi che le sono stati fatti addossa alle altre madri i comportamenti sbagliati per dire che sono inadeguate...”

Dc. aggiunge:

“Altra cosa per noi strana è che le donne che vediamo qui piangono, ci sono donne che si piangono addosso continuamente, lei non piange, niente [...] Non so... mi pare che ci sia uno spazio bianco dentro questa coppia ed anche nella sua biografia in Marocco, come si sono sposati? Perché?”

A questo punto Dc. ci lascia e continuiamo con Oc. che aggiunge due elementi: uno in relazione ai rapporti interni alla sua famiglia in Italia, l'altro in relazione ai contatti di Ghalia con la famiglia di origine in Marocco. Rispetto ai rapporti familiari interni emerge un clima conflittuale non solo tra Ghalia H. e Mf., ma anche tra Mf e Ef.

“Mf non ne vuole sapere di vedere la madre, mentre Ghalia dice che lui non può vivere senza di lei e che ogni sabato deve andare a cucinare per lui. Ma l'altra volta Mf ha detto: «Se mi vuoi vedere mi devi pagare, mi devi dare cento euro» [...] Mf ed Ef poi... si odiano proprio [...] in generale quando i figli vanno dal padre poi non vogliono tornare più con la madre.”

Rispetto alla relazioni tra Ghalia e la famiglia in Marocco, Oc. ci dice che i contatti sono abbastanza frequenti, che quando questo avviene i comportamenti e l'umore di Ghalia possono modificarsi.

L'incontro termina a questo punto perché anche gli assistenti sociali hanno un altro appuntamento. Chiediamo di poter organizzare un incontro direttamente con Ghalia e discutiamo brevemente come questo debba essere preparato. Chiariamo che l'incontro non è obbligatorio, che Ghalia può rifiutarsi e che non pensi che questo sia un momento di impatto sulla sua storia. L'incontro avverrà con un gruppo di sole donne e con l'aiuto di una mediatrice culturale. Gli operatori concordano e chiedono il consenso a Ghalia subito dopo il nostro incontro.

Durante il debriefing:

Discutiamo del problema della competenza di Ghalia. Il quadro presentato dagli operatori appare compromesso e punta a una sostanziale incapacità relazionale e genitoriale. La definizione dei comportamenti di Ghalia come patologici, però, è di forte impatto, per le ricadute che la costruzione sociale di malata avrà su di lei, sugli

assetti familiari, anche dal punto di vista legale e sull'accudimento dei figli.

Primo incontro con Ghalia

L'incontro viene organizzato nella casa protetta di CasalPiccolo, optando per un gruppo ridotto di sole tre donne composto da: una psichiatra Fe., un'antropologa F. ed la mediatrice culturale A.

Il tragitto tra Bologna e CasalPiccolo viene utilizzato come spazio per il briefing. Il caso viene presentato ad A. soprattutto per quanto riguarda il presunto malocchio e le persecuzioni. A. in breve traccia un profilo della famiglia di appartenenza di Ghalia ipotizzando che molto probabilmente esistano altri problemi familiari e dove la madre di Ghalia sia, presumibilmente, lei stessa dedita a pratica rituali e magie, per cui Ghalia potrebbe essere rimasta facilmente intrisa di "credenze". Secondo A. queste credenze possono essere anche molto pericolose. A., infatti, si pone in modo molto critico rispetto a queste pratiche, come un retaggio del passato ed appannaggio delle classi sociali più povere e meno istruite. Le risulta strano, infatti, il comportamento di Ghalia in relazione alla sua classe sociale e di scolarità, è molto peculiare che Ghalia, come donna istruita, non si sia svincolata o "liberata" da queste tradizioni. Altra considerazione riguarda la competenza linguistica di Ghalia: molto probabilmente ha studiato il francese nelle scuole superiori e quindi non avrebbe dovuto avere difficoltà nell'imparare l'italiano, lingua molto affine. A. aggiunge la possibilità della presenza di quello che tradizionalmente viene tradizionalmente chiamato *djinn*, per interpretare i momenti in cui Ghalia parla e ride da sola, ed anche i comportamenti bizzarri. Nell'interpretazione culturale marocchina, infatti, alcuni *djinun* necessitano della sporcizia e sono intolleranti a determinati colori o alimenti. Prima di arrivare alla struttura viene chiesto ad A. di prestare particolare attenzione nel mantenere una posizione il più neutra possibile rispetto all'argomento nel caso dovesse emergere, A. e Ghalia, infatti, provengono dalla stessa città ma è intuibile che in relazione a questo argomento hanno posizione molto diverse.

Arrivate alla casa protetta il gruppo viene accolto da due operatrici Oc. (la stessa del primo incontro) e Sc., che segue maggiormente Ghalia. Oc. ci informa che Ghalia ha mostrato iniziali rimostranze all'incontro, per averlo associato agli incontri con la neuropsichiatra per i figli, che pare non aver gradito. Poi, compresa la natura differente dell'intervento, ha accettato di buon grado, soprattutto perché le operatrici della casa hanno sottolineato la valenza positiva dell'incontro presentandolo come una opportunità per lei.

Viene concordato con le operatrici che sia inizialmente una di loro (Sc.) a presentare il Centro e a introdurre gli argomenti della discussione.

Ghalia arriva con il capo coperto da un foulard bianco (le operatrici diranno poi che era stato acquistato la mattina stessa, perché necessario per lo stage. Era annodato tipo bandana, non in maniera tradizionale) e con una camicia arancione (particolare che viene immediatamente annotato). Ghalia è di corporatura alta e robusta ed effettivamente appare subito chiaro che non sia molto curata. Si presenta sorridendo mentre si siede nel cerchio di sedie preparato per l'incontro. Sc. procede con le presentazioni, spiegando i rispettivi ruoli professionali e stressando l'aspetto legato ai problemi inerenti la migrazione e presenta A. come facilitatrice per la comunicazione. Vengono introdotte quindi le difficoltà di Ghalia nel seguire le regole della comunità, vengono descritte la relazione e le difficoltà con i due figli e le incomprensioni che stanno emergendo nello stage presso la mensa scolastica. Nel momento in cui Sc. introduce la relazione con i figli, Ghalia interviene per spiegare bene, e dal suo punto di vista, la natura della relazione. Ghalia sottolinea il forte legame che i figli hanno con lei, in particolare il più piccolo (Of.) che è anche il più docile, mentre Ef., il più irrequieto, è geloso del fratellino più piccolo, cerca e chiede tutte le attenzioni per lui, vuole

primeggiare. Ghalia racconta che ora il più piccolo accorda con questo “primato” che Ef. richiede (accettando che ad esempio sia sempre lui il primo ad essere portato a scuola).

Sc. riprende il discorso rispetto alle relazioni all'interno della casa, sottolineando le difficoltà di comprensione all'interno della comunità, per cui sembra che a volte non riescano a capirsi e proprio per questo il nostro ruolo sarebbe quello di facilitare la risoluzione di alcuni nodi critici. Nella presentazione Ghalia è intervenuta più volte, anche su sollecitazione dell'operatrice e, nonostante le fosse stato detto che poteva parlare in arabo, ha cercato di parlare in italiano, nonostante fosse evidente che lei non riesce a capire e a dire tutto.

Sc. si allontana e Oc. facilita alcune domande di Ghalia sul Centro e sulla natura dell'incontro. Emerge che Ghalia aveva avuto due versioni diverse: C. le aveva parlato di donne esperte di migrazione e cultura, le operatrici avevano menzionato la presenza di una psichiatra (cosa che probabilmente aveva fatto associare l'incontro al percorso con la neuropsichiatria infantile la cosa). Fe. per questo sottolinea che l'interesse e l'ambito di lavoro del Centro sono la salute e la migrazione, in particolare delle persone straniere che hanno difficoltà, che siamo un gruppo diverso rispetto alla comunità e ai servizi, che il nostro compito è quello di capire meglio la sua situazione in modo da poter rendere più facile la comunicazione con i servizi. Ghalia sorride e ringrazia. A questo punto le chiediamo di parlare dal suo passato, ricostruendo la sua storia da quando era a casa dalla sua famiglia in Marocco. Ghalia mostra una iniziale resistenza, controbattendo che non c'è niente da dire sulla sua famiglia. A. a questo punto interviene in arabo, cercando di porre meglio le domande e Ghalia inizia a rispondere e a raccontarsi: in famiglia sono in 8 (non 9 come riferito dal marito), lei è la maggiore, ha 4 fratelli che hanno studiato poco perché hanno iniziato subito a lavorare nel commercio con il padre. Le altre sorelle hanno tutte studiato all'università e si sono sposate, tranne la più piccola che ha 21 anni e studia ancora.

Ghalia descrive la sua famiglia come una famiglia benestante, che viveva nel quartiere “bene” della sua città, senza particolari problemi o difficoltà. Dice di aver studiato un anno all'università e poi di aver fatto un corso di 2 anni in scienze. A. le chiede se le piacesse studiare e lei risponde che le piaceva molto, ma alla domanda su quali fossero le sue ambizioni, i suoi sogni per il futuro, inizialmente si mostra indecisa, per poi affermare che avrebbe sognato di fare il medico. I suoi studi sono terminati in vista di questo matrimonio combinato dalla zia del marito e con l'intervento anche di un'amica della madre di Ghalia in quanto abitavano vicino. Dice, in italiano, che ha conosciuto il marito in modo tradizionale, perché la sua famiglia è tradizionale. La zia del marito diceva alla madre che H. era un bravo ragazzo, buono, serio. Solo l'amica della madre l'aveva messa in guardia dalle donne dell'altra famiglia, dicendole che erano cattive, soprattutto le ragazze non erano “serie” (qui A. traduce con l'espressione come a voler significare delle “poco di buono”). Tuttavia questa amica della madre la rassicurava sul fatto che andando in Italia con lui non avrebbe avuto occasione per stringere troppo i rapporti con loro. Così la madre di Ghalia accetta. Ghalia però non era contenta di questo matrimonio perché non conosceva abbastanza H., si erano visti poche volte e tutto è stato fatto in fretta perché lui doveva tornare in Italia. Ghalia però era felice di venire in Italia. Il primo anno per lei è stato duro, non conosceva l'uomo al suo fianco, non aveva confidenza, ma poi le cose sono andate meglio fino a che non è nato Mf. e lei si è concentrata completamente sulla gravidanza. E' stata piuttosto dura perché per 3 mesi non riusciva a mangiare, tanto che era molto dimagrita e i medici dicevano che rischiava la vita, al punto che uno di loro disse al marito di riportarla in Marocco perché non avrebbe avuto ancora molto tempo da vivere. Lei non ci è tornata perché stava troppo male per affrontare il viaggio. Poi, invece, racconta di un miglioramento della situazione, ha cominciato a stare meglio meglio, “quasi un miracolo”, ha ricominciato a mangiare e a stare bene. Anche Mf è nato forte e sano, di 4 kg. Alla nascita hanno fatto una grande festa in Italia, per la quale la madre e la sorella di Ghalia hanno mandato dolci e cibi tradizionali.

Ghalia aggiunge di aver organizzato una festa molto gioiosa, a cui sono accorse diverse amiche. Le viene chiesto se fosse riuscita a fare tutti i rituali (tradizionali) della nascita e lei risponde affermativamente, spiegando che delle donne marocchine le avevano portato una sorta di incenso per il malocchio, ma non la cosiddetta “mano di Fatima”, sempre contro le negatività. Tuttavia ciò non aveva destato particolari preoccupazioni, i rituali sembravano comunque rispettati.

Continua raccontando che è stata un pò dura vivere da sola con il bambino, ma aveva la vicina di casa marocchina che le dava spesso una mano e la aiutava a cucinare, oltre ad una signora italiana che volentieri si offriva di sostenerla nelle incombenze più pesanti. Dopo 5 mesi dalla nascita porta il piccolo Mf in Marocco per farlo conoscere ai parenti e lì i festeggiamenti vengono ripetuti. E' in questa occasione che sembrano nascere i primi dissapori con la famiglia del marito, in quanto i cognati cercano di dare a Mf dei cibi non adatti al piccolo, come ad esempio il melone o le patate. Loro ritenevano fossero i cibi tradizionali adatti ai bambini, mentre Ghalia seguendo le indicazioni del pediatra in Italia, non voleva che mangiasse cibi potenzialmente dannosi, e li definisce per questo ignoranti. Nella stessa occasione sembra che, sempre un cognato, la minacci di portargli via il bambino per circonciderlo a sua insaputa. In queste situazioni Ghalia riferisce di aver sempre espresso il suo dissenso, ed è anche per questo che, secondo il suo punto di vista, si sono creati dei dissapori con la famiglia di H. Rispetto alla famiglia del marito riporta altri episodi che le hanno fatto pensare a delle intenzioni negative sia nei suoi confronti e che in quelli del bambino. Ad esempio i genitori di H. lasciavano in giro per casa, quando erano loro ospiti, delle carte che si usano per fare dei rituali magici (herz) che possono essere pericolosi alla sola vista per un bambino in fasce. Loro non le hanno tolte all'arrivo di Mf e, soprattutto le donne di casa, si mostravano indifferenti e superficiali quando Ghalia lo faceva notare. Allo stesso modo Ghalia trova lo stesso tipo di carte sotto il letto dove dormiva con Mf. Ghalia sostiene di non essere stata spaventata per lei, ma per il bambino. Infatti Mf piangeva continuamente quando andava a casa dei nonni paterni e aggiunge che la cosa che la faceva arrabbiare era la sfacciataggine della famiglia di H. nel fare queste cose davanti a tutti e a non vergognarsi. Alla domanda perché secondo lei la famiglia di lui agisse così nei suoi confronti, lei risponde che è l'invidia e che cercano di tenere in loro potere suo marito. Sostiene, infatti, sia stata la madre del marito la causa del divorzio e ad averlo materialmente eseguito, non il marito. Con lui le cose andavano bene, è sempre stato buono e bravo, solo un po' avaro. L'unico episodio reputato negativo è l'organizzazione del viaggio in Marocco nel 2007, in cui lui voleva partire con la macchina e lei con l'aereo. In seguito ad una serie di discussioni e incomprensioni lui è partito da solo, senza dir niente, e quando è rientrato in Italia, aveva già divorziato ed è andato a stare direttamente dal fratello, senza dire niente. Solo successivamente lei è venuta a sapere del divorzio. E' da lì che secondo Ghalia sono cambiati gli atteggiamenti del marito, dopo l'intervento della madre lui ha cominciato a disinteressarsi sempre di più dei figli, anche a picchiarli. Tutto questo perché la madre lo vuole tenere legato a sé e lo fa attraverso saperi e pratiche magiche. Ad esempio Ghalia ritiene che la suocera manometta gli oggetti che H. riporta in Italia attraverso simboli ed altri componenti malefici. Ma Ghalia non crede molto a queste cose, ma percepisce la necessità di avere un'attenzione costante su ciò che la circonda, anche se questi malefici non possono arrivare in Italia perché si annullano nel passaggio attraverso il mare, verso l'Italia.

Lei non è dispiaciuta della fine della storia con il marito, è solo preoccupata per i figli, soprattutto per Mf, che vede solo una volta a settimana. Dice che con Mf la relazione è affettuosa e positiva, che lui trascorre volentieri del tempo con lei, dicendole di attendere con ansia che esca dalla comunità per andarla a trovare in una vera casa. Dice che sia a lei che ai bambini pesa molto la comunità: stare con estranei, non avere la riservatezza necessaria. I comportamenti incontenibili del figlio di mezzo, sarebbero dovuti proprio a questa insofferenza e al fatto che ha perso il punto di

riferimento principale lì dove ci sono tante operatrici che lo guidano. Lei vuole uscire dalla comunità, lavorare e stare in casa con i suoi figli. Si lamenta di alcune operatrici in comunità che secondo lei non si comportano bene e lavorano senza un interesse genuino per le donne, senza un loro coinvolgimento. Riporta degli episodi per cui ritiene che le operatrici siano state negligenti nei confronti dei figli (far tagliare le arance con il coltello, non curarsi troppo di un bicchiere rotto con cui il figlio poteva farsi male). Rispetto allo stage (che sta svolgendo da tre giorni) si lamenta del fatto che deve stare in disparte tutto il giorno a pelare patate e non le insegnano niente. Inoltre la trattano male perché il datore di lavoro la assimila ad un altro ragazzo marocchino che precedentemente lavorava per lui e con cui non si trovava bene. Le chiediamo se si sente trattata con pregiudizi e lei dice che a volte sente atteggiamenti di razzismo. Di nuovo, rispetto alle operatrici, dice che alcune non la lasciano nemmeno formulare e finire dei propri punti di vista a causa di questi pregiudizi.

Le chiediamo se si senta sola, se abbia la mancanza del marito, se pianga...Lei risponde che non è sola perché ha diverse amiche, quelle che frequentava prima della comunità, che va a trovare saltuariamente. Del marito non le interessa, pensa solo ai suoi figli e non vorrebbe tornare con lui. Non piange, non si rattrista troppo perché ha imparato ad essere forte, indifferente, si lascia scivolare tutto addosso.

L'incontro deve essere interrotto perché A. deve tornare a Bologna, la salutiamo con l'intento di rivederla ancora perché siamo riusciti a discutere poco delle sue aspettative e della sua vita ora. Lei accetta, ma solo se l'incontro si svolgerà di pomeriggio. Ci ha salutato in modo cordiale e sorridendo.

Appena dopo l'incontro ci raggiungono l'operatrice Oc. e la responsabile della comunità Dc. per informarsi sull'incontro. Ribadiscono le problematiche rispetto allo stage, per il fatto che in mensa nessuno vuole prendersi la responsabilità di starle dietro se non c'è il responsabile.

Fe. fa notare che Ghalia ha delle grandi difficoltà nel comprendere la lingua, per cui chiede se parte delle incomprensioni possano essere dovute a questo. Dc. risponde che loro hanno a disposizione le mediatrici sempre e che esclude problemi di questo genere.

Una volta uscite ci confrontiamo con A. la quale esprime molte perplessità perché i suoi racconti sono lucidissimi e coerenti. Ha avuto tentennamenti nei ricordi (scusandosi di questo) solo riguardo al viaggio per la circoncisione di Mf, in quanto sembrava che inizialmente dovesse andare sola, poi invece sono andati insieme. A. nota in alcuni casi che scoppiava in piccole risate dopo che le erano state poste delle domande serie che non presupponevano ilarità, e aggiunge che ad una domanda, mentre si parlava dei figli gli occhi le si sono riempiti di lacrime.

A dispetto di ciò che ci raccontavano le operatrici, Ghalia non è sfuggita al nostro sguardo, anzi guardava molto Fe. quando parlava e sembrava essere abbastanza a suo agio con A. Nella postura non ha dato segni di chiusura, aveva solo un gesto ricorrente, quasi automatico, di sistemarsi la camicia lungo il fianco come quei gesti che si fanno per far calare un poco la tensione. Abbiamo inoltre notato che a volte, poste delle domande, lei rispondeva a quelle precedenti. Si soffermava in particolar modo sugli aneddoti riguardanti la famiglia del marito.

Il secondo incontro con Ghalia

Anche al secondo incontro partecipa lo stesso gruppo Fe., Fr. e A.

Durante il tragitto verso CasalPiccolo vengono riprese le fila con A. nel tentativo di definire i punti nodali da sollevare con Ghalia. Il tentativo sarà di cercare i modi più adatti per carpire il senso che

Ghalia da alla situazione attuale. Inoltre nell'incontro precedente sono emersi due diversi livelli di incomprensione: uno afferente alla dimensione linguistica, l'altro relativo alla comprensione del sistema istituzionale. A., infatti, sottolinea come nella sua esperienza non sia inusuale che i marocchini abbiano difficoltà nel comprendere il lavoro dei servizi sociali in quanto in Marocco non ci sono servizi di tal genere, e la genitorialità è di pertinenza esclusivamente familiare, in particolar modo del padre, con un ruolo minore della madre deputata soprattutto all'accudimento. Per non creare ulteriori incomprensioni con Ghalia viene deciso di ripresentarsi per sottolineare la nostra funzione di ponte tra lei e i servizi. Allo stesso tempo emerge la necessità di riformulare il nostro ruolo anche alle operatrici della casa protetta, visto che probabilmente hanno costruito delle aspettative eccessive rispetto all'intervento (dopo l'incontro precedente infatti le operatrici della casa contattano Fe. per via le difficoltà incontrate nel fare aderire Ghalia al progetto della neuropsichiatria infantile). A. ribadisce il radicamento alla tradizione di Ghalia, anche perché ci sono credenze e usanze che si acquisiscono quasi inconsapevolmente, dice che è *“come se ti entrano nel sangue, diventa genetico”*, e questo a volte poco ha a che fare con il livello di istruzione, anche se nel caso di A. è sorprendente, visto il suo background. Lo studio, in Marocco richiede capacità notevoli, vista la difficoltà delle prove, fornisce una certa capacità di analisi della realtà, che sembra Ghalia non abbia. Forse, però, proprio la vita ritirata e isolata, ha fatto sì che quelle competenze, siano state soppiantate da un'enfaticizzazione delle proprie tradizioni e da un orizzonte di senso che non è quello delle donne più istruite e occidentalizzate del Marocco.

Nella casa protetta troviamo ad attenderci le stesse operatrici dell'incontro precedente, Oc. e Sc. Questa volta l'incontro si terrà in una sala differente, in quanto per via di un trasloco in un'altra sede i locali sono ingombri di materiali. Le donne verranno collocate in un *“altra struttura”* con appartamenti per 2 famiglie, in cui sarà maggiormente garantita la privacy.

Parliamo della situazione di Ef rispetto alla neuropsichiatra, che Ghalia rifiuta con forza. Infatti, non si è presentata al secondo appuntamento, dopo che nel primo aveva avuto un diverbio con la dottoressa. Quest'ultima, ha ammesso, di aver probabilmente, erroneamente, utilizzato un approccio troppo diretto che ha potuto spaventare Ghalia, però secondo il suo punto di vista clinico continua ad essere urgente un intervento sul bambino oltre che uno previo sulla madre. La dottoressa ravvisa dei comportamenti emulativi del figlio presi dalla madre, per cui sembra riproporre delle dinamiche persecutorie: *“Perché mi guardi? Cosa vuoi da me?”* L'operatrice afferma che infatti Ghalia quando viene ripresa e criticata si risente dicendo: *“Tutti guardano sempre Ghalia, quello che fa!”* Oc. ricomincia a raccontare i soliti episodi di inadeguatezza di Ghalia, le sue disattenzioni, il non riuscire a gestire i figli: li lascia davanti alla TV, fanno cose pericolose e spericolate senza che lei se ne accorga, dorme in momenti non adeguati. Su questi episodi le operatrici intervengono sottolineando a Ghalia la necessità di assumere dei comportamenti diversi. A volte sono andate anche a toglierle le coperte perché dormiva durante il giorno. Le avevano affiancato un'operatrice per coinvolgerla nelle attività con i bambini, per sostenerla in un modo più adeguato di essere madre, ma Ghalia ha invece interpretato questo intervento come babysitting, disinteressandosi ancora di più dei figli. L'operatrice nota, infatti, che Ghalia non è partecipe ai giochi dei figli, motivo per cui ritenevano importante coinvolgerla nei laboratori con i figli. Tuttavia A. fa notare come in generale la genitorialità marocchina non preveda la condivisione del gioco, in quanto andrebbe a minare la superiorità del genitore, porrebbe figlio e genitore sullo stesso livello.

L'operatrice vede comunque in Ghalia atteggiamenti patologici, in lei la sofferenza ha preso una connotazione patologica, che la porta a negare le evidenze, ad una sorta di estraneamento dalla realtà e questo sta avendo ripercussioni serie sui bambini. La neuropsichiatra, infatti, ha sollecitato le operatrici ad intervenire tempestivamente su Ghalia affinché accetti aiuto e supporto di tipo medico e psicologico per poi poter intervenire anche sul bambino prima che sia troppo tardi. Fe. le

chiede se è prevista una valutazione sulla capacità genitoriale, ed Oc. risponde che ogni valutazione è stata delegata alla comunità ma senza figure esperte e rapporti cadenzati. I servizi li vedono solo ogni 3-4 mesi e si sentono come se gli avessero buttato una patata bollente.

Oc. infine va a chiamare Ghalia, la quale ha fatto notare all'operatrice il nostro ritardo per l'incontro. Nell'attesa lei stava stirando, cosa molto anomala per Ghalia. In questo incontro si presentava più curata, con un foulard giallo avvolto al capo (altro colore secondo il marito proibito), con una giacca lunga viola e dei jeans e un leggero velo di trucco sul viso.

Fe. le chiede cosa avesse pensato dell'incontro precedente spiegandole nuovamente il nostro intervento e Ghalia ha risposto di non aver pensato niente di male, anzi, ha detto di aver capito che quello con noi è un incontro di discussione, in cui non aver paura. Infatti, gli altri operatori che di solito vogliono vederla vanno sempre per comunicarle qualcosa di negativo, di impositivo o per riprenderla, e questo la innervosisce molto, le incute timore. Ciò che la infastidisce di più è sentirsi sempre controllata, non avere la possibilità di vivere le giornate come meglio crede. Le chiediamo quando secondo lei è iniziata la sua sofferenza, in che momento sono cominciati i problemi. Lei richiama l'episodio della partenza per il Marocco in seguito al quale il marito ha chiesto il divorzio, in quanto precedentemente la situazione familiare era tranquilla. E' tutto iniziato da quando lei "*ha perso il controllo sul marito*": lui è tornato dal Marocco cambiato, più aggressivo e solitario ed aveva iniziato a picchiare i figli. Da quel momento si sono susseguite tutta una serie di vicende negative che hanno incrinato i rapporti con il marito e da cui si sono generate queste conseguenze estreme. Le chiediamo di spiegarci dell'intervento degli assistenti sociali e lei racconta come questi si siano attivati dopo che ha deciso di chiamare i carabinieri, quando il marito stava picchiando uno dei figli per l'ennesima volta. I carabinieri sono arrivati nell'abitazione e hanno trovato la casa inadeguata, perché lei una settimana prima era caduta dalla bicicletta ed era rimasta ferma una settimana senza poter fare i lavori di casa. La scarsa mobilità è stat anche il motivo per cui non era riuscita nemmeno a difendere i figli. Quando sono arrivati i carabinieri lei non ha capito cosa sia successo, perché hanno iniziato a parlare in italiano con il marito e il figlio più grande, non riuscendo ad esporre così la sua visione dell'accaduto. Ha solo capito che il marito stava dando una versione dei fatti che andava a suo sfavore e che lei non era in grado di intervenire. Ha infatti notato da subito che i servizi sociali sono sempre stati dalla parte del marito perché lui parla italiano e lei no. Lei si sente vittima di una serie di ingiustizie: prima di tutto per il fatto che hanno mandato via di casa lei e non il marito. Il suo avvocato le ha detto, infatti, che avrebbe avuto il diritto di rimanere lei con i figli nella casa, visto che è di proprietà. I servizi sociali non si sono adoperati affinché fosse adempiuta l'ordinanza del tribunale marocchino per il mantenimento (100 euro a figlio, più 300 euro), per cui lei non ha mai ricevuto soldi. Infine l'hanno spinto a lasciare il lavoro da sarta (in una fabbrica per cui ha lavorato un anno) per farla andare in comunità con la prospettiva di un altro lavoro. Ha ripetuto la parola "ingiustizia" (in arabo) diverse volte. Vivere in comunità è davvero pesante per lei perché si sente continuamente osservata e controllata, in un ambiente che anche i figli mal sopportano. Per avvalorare ciò riporta i dialoghi con i bambini che le chiedono spesso il momento in cui andranno via dalla comunità. Ghalia risponde loro che è subordinato al suo lavoro, da allora i bambini le chiedono sempre quando inizierà a lavorare. E' molto timorosa delle influenze negative che i bambini possono avere da un ambiente in cui ci sono tante figure educative, in cui ci sono tante operatrici che transitano e che minano la sua figura di madre. Dice che a volte queste intervengono per farle notare le sue mancanze rispetto ai bambini, ma lei si adira perché questo è un sostituirsi alla sua autorità di madre: "*Io sono la madre, conosco io i miei figli e so io cosa è bene per loro*". Le chiediamo se i bambini, visto che non vogliono stare lì, hanno manifestato delle forme di disagio. Lei risponde che i bambini sono solo un pò vivaci, in particolare lo è Ef, ma non ritiene ci siano particolari problemi. Le chiediamo allora come si spieghi il

suggerimento della comunità di far vedere Ef a una neuropsichiatra e la sua visione è che tutto è nato dall'episodio, già raccontato la volta precedente in cui le operatrici non hanno fatto entrare Ef durante una telefonata che lei stava facendo in ufficio, chiudendolo fuori al buio. Il bambino spaventatosi molto, ha iniziato ad avere reazioni aggressive, a prendere a calci la porta, buttando una ciotola di mais in terra. Le operatrici secondo Ghalia hanno ingigantito l'episodio, interpretandolo in modo eccessivo. Le chiediamo allora perché secondo lei gli operatori abbiano avuto un simile comportamento, e Ghalia risponde di percepire un certo astio e una certa diffidenza nei suoi confronti, visto che è diventata il bersaglio della comunità per molti degli accadimenti negativi. D'altronde, però riscontra che molto dipende anche dai caratteri delle operatrici stesse che sono tutte diverse e con un proprio modo di pensare. Per questo non vuole rimproverarle, perché riconosce anche che alcune si comportano perfettamente, seppure c'è una grande difficoltà ad ospitare delle donne, trattandole con tutte le accortezze. Riportiamo il discorso sui bambini, lei ci dice che deve andare a prenderli, che escono alle 4-4,30, per cui dovrebbe salutarci intorno alle 3,30. Le chiediamo se possano andare le operatrici (come concordato preventivamente con Oc.), Ghalia riferisce di preferire ad andare personalmente, che le operatrici non approvano molto. Ci consente allora fino alle 3,45.

Ghalia continua raccontandoci che i suoi bambini stanno bene, che sono molto intelligenti, hanno buoni voti a scuola, per cui non hanno bisogno di andare dalla neuropsichiatra. Chiediamo cosa le avesse detto la neuropsichiatra e qui lei inizia a divagare: dice che il medico prima di pronunciarsi avrebbe avuto bisogno di altre sedute, ma lei non l'ha più portato perché all'ultimo appuntamento Ef non voleva andarci. Il suo sogno è quello di vivere in una casa con i suoi figli, anche con il più grande, dove possa riprendere i suoi ritmi e i suoi tempi. Fa fatica in comunità perché non ci sono orari stabiliti da lei, c'è sempre gente e poca privacy. Prima la famiglia viveva in una forma più organizzata, vedevano le persone e gli amici la domenica, dopo aver o essere stati avvisati. Nella comunità è tutto più caotico e i bambini perdono la tranquillità. Infine ci chiede: *“Allora qual è la soluzione? Cosa devo fare?”* Noi cerchiamo di non posizionarci, dicendo che prima bisogna vedere come migliorare la situazione in comunità, visto che prima dell'assegnazione, per esempio, di una eventuale casa popolare è difficile che trovi un'altra sistemazione. Lei dice che negli ultimi tempi, in realtà, le cose sembrano andare un pò meglio. Ci saluta dicendoci che se vogliamo rivederla dovrà essere dopo maggio perché ha l'esame per lo stage e deve studiare un libro di ricette molto grande.

Dopo l'incontro viene effettuato il debriefing:

“Emerge un quadro piuttosto lineare, coerente e comprensibile rispetto a quanto Ghalia ci dice. Sembra molto stanca, sovraccarica di pensieri e di tensioni. Per A. la sofferenza per la separazione è stata forte. Ghalia ha perso il controllo sul marito, in una famiglia secondo cui il modello è quello della donna che tiene in pugno il marito. E lei in parte lo ha fatto: l'operatrice dice che il marito ha timore di lei e dei suoi comportamenti. Ragioniamo sulla sua sensazione di essere vittima di ingiustizie, lei non è stata mai realmente ascoltata, non ha mai parlato con qualcuno senza che il colloquio avesse un valore di incontro e di comprensione nei suoi confronti. D'altronde va tenuto conto del forte senso di frustrazione della comunità a cui i servizi sociali hanno scaricato il caso, senza supportarla. L'invadenza e il controllo su Ghalia, sono dovuti ad un senso di responsabilità che fanno difficoltà a ricoprire, anche perché forse mancano gli strumenti.”

Ritorna l'operatrice Oc. dicendo che sarebbero andate loro a prendere i bambini, che lei è andata via eccessivamente in anticipo visto che la scuola è a 10 min. (insinuando la malafede di Ghalia). Le

raccontiamo le nostre perplessità, visto che con noi Ghalia è stata molto adeguata, per cui ragioniamo sulle dinamiche comunicative, sul senso di oppressione. L'operatrice si basa sempre sulla incapacità di Ghalia di rapportarsi alla realtà, di non saper leggere le situazioni. Il fatto che non lavi i figli fa pensare loro ad un rapporto difficile con i loro corpi e con il suo, ma allo stesso modo costruisce questo comportamento da un punto vista patologico. A. le fa notare che le donne marocchine lavano i figli fino ai 4 anni, poi la nudità maschile è completamente preclusa alla donna. Sono i padri per esempio a portare i figli al bagno turco. Comuniciamo ad Oc. che il prossimo passo sarà ora una riunione nostra d'equipe ed una eventualmente con i servizi.

Prima valutazione multi-disciplinare rispetto all'incontro con Ghalia di Fe. e Fr.

Di seguito viene riportata tal quale la prima valutazione fatta dal gruppo di consultazione rispetto ai principali punti emersi dopo gli incontri con Ghalia. Dalla relazione redatta da antropologi e psichiatri cominciano ad emergere i temi principali su cui si articola la storia di Ghalia, in cui i fattori che sembrano influenzare maggiormente la sua vita risiedono nello spazio delle relazioni sociali, della sua collocazione nello spazio sociale in cui vive e nel suo ruolo.

Ghalia in entrambi gli incontri si è sempre mostrata adeguata, con momenti di stanchezza, di divagazione, ma senza mostrare quell'assenza o distanza che gli operatori ci avevano descritto nella maggior parte delle circostanze. Fa difficoltà a comunicare in italiano, per quanto inizialmente cercasse di sforzarsi, in seguito, si è lasciata aiutare da A.

- Famiglia d'origine: benestante, padre emigrato ha fatto fortuna. Ha 4 fratelli (poco istruiti, lavorano nel suk) e 3 sorelle (tutte istruite, 2 sposate, 1 studia), tutti in Marocco. Lei ha studiato un anno all'università, poi 2 anni in un corso di scienze. Gli studi sembra siano stati orientati alle tempistiche del matrimonio.

Osservazione: lei è l'unica dopo il padre ad emigrare, e le donne le uniche a studiare. Le donne hanno un ruolo importante nella famiglia.

- Matrimonio tradizionale, combinato dalla madre di lei e dalla zia di lui, con l'intervento di un'amica della madre (giudizio negativo sulle donne della famiglia di H.): Ghalia non conosceva H. e non era molto entusiasta del matrimonio, anche se vedeva bene il suo venire in Italia. E' stato fatto tutto molto in fretta perché H. doveva tornare in Italia.

- Rapporti con la famiglia di H.: sembrano essersi incrinati dalla nascita del primo figlio, quando alle prime visite fatte ai parenti del marito in Marocco, questi si mostravano invadenti rispetto al modo di allevare Mf. Le donne, secondo lei, praticanti rituali magici, cercavano di portare influenze negative sul bambino e su di lei, anche a distanza, attraverso oggetti che H. riportava in Italia dal Marocco: "Perché sono invidiose e la madre voleva riprendersi il figlio, ora ci è riuscita". Si pone in un atteggiamento di superiorità rispetto a loro: "Sono ignoranti" (lei è di una famiglia di estrazione sociale superiore). Lei si ribella e non si sottomette. Osservazione: contrapposizione tra donne che gestiscono la famiglia

- Vita matrimoniale: H. si è dimostrato sempre un brav'uomo, anche se inizialmente lei era molto in difficoltà nella vita di coppia con un uomo che non conosceva. Poi si è "concentrata sulla gravidanza": molto difficoltosa, non riusciva a mangiare, poi è migliorata e il parto è andato bene. Non rintraccia problemi nella vita matrimoniale

fino al momento della decisione di partire per il Marocco (2007), quando H. alla fine è partito da solo. I problemi sono iniziati quando lei “ha perso il controllo sul marito” . Le ingerenze durante la vita matrimoniale arrivavano solo dall'esterno, dagli oggetti che H. riportava dal Marocco, che erano modificati dai suoi suoceri, per portare influenze negative. Tuttavia il mare annienta il potenziale. Poi lei non crede molto a queste cose, ma deve stare attenta ai bambini, deve proteggerli. Mf. portava i segni di questa influenza (irrequietezza, pianto). Gli altri figli no perché non sono entrati a contatto con i suoceri.

-Oggi Ghalia è limitata nella sua vita quotidiana dal suo orizzonte di senso (non entra in alcune stanze, non accetta dei colori, degli oggetti, rifiuta degli incontri..ecc.). E' immobile perchè bloccata socialmente ed esistenzialmente. E' legata quasi esclusivamente al suo ruolo di madre, che è messo in discussione dai servizi che l'hanno in carico. Gli spazi in cui vive sono infatti connotati da relazioni di potere che bloccano il suo ruolo ufficiale e la mantengono nella sua paranoia. Bisognerebbe, invece, rafforzare il suo ruolo di madre e costruire con lei una relazione di reale ascolto per far emergere i suoi bisogni. Sarebbe, inoltre, necessario interfacciarsi con i servizi per concordare insieme di rivedere Ghalia, convocarli in una riunione generale per far emergere gli elementi critici e non (possono essere parte delle risorse e parte del problema) e per capire quali risorse hanno a disposizione per lei.

Capacitare i servizi, cercando di mettere in luce la necessità di eliminare la frammentazione (ognuno ha fatto la sua lastra e l'ha messa nella cartella) e di lavorare insieme.

Primo incontro di restituzione con i servizi

Al primo incontro di restituzione con i servizi, il Centro arriva dopo una discussione interna estremamente densa rispetto alla prospettiva da adottare nei confronti di Ghalia. Sembra, inoltre, aprirsi uno scollamento tra le impressioni degli operatori della comunità e quelle delle figure del Centro di Consultazione. Questo scollamento di visioni ci interroga rispetto alla nostra capacità di leggere la realtà ed è aggravato dalla pressante domanda di fondo: Ghalia è o non è competente rispetto all'accudimento dei figli? La responsabilità della risposta diventa man mano crescente, via via che la relazione con i servizi e con la comunità si deteriora. La posizione del Centro pertanto comincia a chiamare in causa la responsabilità di sostenerla dal punto di vista delle sue conseguenze sociali. La restituzione dopo gli incontri con i protagonisti, è un momento di emersione delle differenti visioni e genera qualche tensione.

Alla riunione sono presenti R., I., Na. Fr, e V. per il Centro, C. ed N. per i servizi sociali Gn neuropsichiatra infantile che segue Ef, Oc. e Sc, della casa protetta.

L'incontro racchiude una restituzione della neuropsichiatra su Ef e una nostra parziale restituzione sia agli assistenti sociali che alla comunità. L'incontro si è svolto presso la vecchia sede della casa protetta, dove l'incontro si è svolto abbastanza tranquillamente, anche se con i tempi stretti, in quanto sia gli assistenti sociali che R. avevano altri impegni a ridosso della riunione.

Restituzione di Gn (neuropsichiatra infantile):

Ef ha le capacità dei bambini della sua età non ha alcun ritardo, non ha manifestato problemi dovuti al bilinguismo, forse ha una difficoltà nell'uso di tutte e due le lingue, probabilmente legata alla

scarsa stimolazione senza altri problemi specifici. E' un bambino, tuttavia che presenta dei tratti comportamentali preoccupanti. Nei primi 20 minuti del colloquio presenta un atteggiamento molto diffidente con atteggiamenti di preoccupazione e agitazione rispetto allo sguardo medico: "perchè mi guardi?" Cosa che ha portato a dedurre una mimesi del comportamento e del detto materno. Tuttavia, dopo i primi 20 minuti si scioglie e assume comportamenti rientranti nella norma. Si segnala però una difficoltà per lui nell'accedere al simbolico, rimane molto nel concreto. In maniera speculare il comportamento della madre è stato molto pervasivo e di forte presenza: Ghalia la prima volta è entrata in stanza, cosa che secondo il parere di Gn. segnala la forte necessità di controllo e di timore verso l'esterno della madre. Durante il secondo incontro vengono valutate le competenze cognitive, e quindi viene chiesto a Ghalia di rimanere fuori, Gn. commenta che questa è una cosa che normalmente le madri fanno anche, quelle straniere, Ghalia invece non lo accetta, ed anzi, esce ma poi rientra in stanza ogni 5 minuti e controlla tutto, chiede ad Ef. che cosa stia succedendo, che cosa stanno facendo, fa fatica ad accettare le valutazioni sul bambino. In questa situazione il rischio concreto è la scuola, perché Ef potrebbe non riuscire ad investirci, potrebbe non essere tranquillo psicologicamente. In questa fase della scuola primaria tutto ciò potrebbe non costituire ancora un problema, ma con il passare degli anni potrebbe diventarlo. Ef può andare a scuola normalmente, può fare tutto come gli altri bambini, ma è un bambino a rischio, perché non si relaziona, fa fatica a stare con gli altri, è possibile che quando le richieste cresceranno (quelle di tipo produttivo) potrebbe non farcela. A questo punto del racconto si inseriscono anche le operatrici della casa protetta.

Ef non ha punti di riferimento, ogni volta che entra nell'atrio della scuola sembra il primo giorno, presenta un senso di dispersione e di estraneità, oppure piange disperato. In seguito, una volta in classe, raggiunge una certa calma e tranquillità. Questo comportamento può essere messo in relazione con il fatto che Ghalia essendo fornendo ai figli una rappresentazione negativa e minacciosa dell'esterno, spaventa i figli rispetto a quello che c'è fuori casa, inducendo ad disinvestimento sulla scuola.

Le operatrici aggiungono alcuni elementi rispetto alle capacità genitoriali di Ghalia, sottolineando come non sia in grado di essere direttiva con i figli, e di mantenere una linea coerente: da un lato lancia messaggi molto contraddittori (tipo: "andate a scuola poi vi porto il televisore più tardi e vedrete la televisione a scuola", "più tardi vi porto da vostro padre", ma poi non è vero ecc...) Questo rende difficile se non impossibile il poter stabilire una relazione fruttuosa e sana.

D'altra parte se non ci fossero le operatrici della casa protetta, se non ci fosse un supporto quotidiano e costante i bambini non andrebbero a scuola in orario, e spesso non ci andrebbero neanche puliti ed in ordine. A questo punto R. sottolinea come un aiuto in fin dei conti anche di tipo baby-sitting sia comprensibile e possa fare comodo, idea condivisa anche dalle operatrici, che commentano come con il passaggio in macchina alla fine Ghalia può dormire un po di più.

Chiediamo come sia la situazione attuale, alla luce del trasloco in un appartamento più intimo e raccolto. Le cose non vanno male ma ci sono ancora livelli gravi di incapacità genitoriale, si mantengono tutte le problematiche relative all'accudimento, al vestire i bambini per esempio, o a gestire le cose in casa. Emerge che Ghalia vive con una signora rumena molto "autoritaria" (l'operatrice dice "mette in squadra lei ed i bambini") che in qualche modo la limita e le da una guida, e pare che lei segua anche abbastanza e con condiscendenza. Come già emerso continua la mancanza di coerenza con i bambini, con le stesse dinamiche, "*i bambini vanno fuori controllo e lei non interviene e poi sfuriate dal nulla quando i bambini sono calmi.*" Questo comincia a creare delle crisi con i bambini che crescono. Ef comincia ad emanciparsi dalla madre e a non rispettarla più, non presta attenzione alle raccomandazioni o alle imposizioni (la madre parla, lui risponde "*bla bla bla*" mimando il gesto del parlare con le mani). Anche il fatto che i bambini siano utilizzati

come strumento di negoziazione crea crisi, i bambini non obbediscono, non rispondono agli ordini in nessuna lingua. Le operatrici raccontano di un altro episodio, in cui recandosi in un posto nuovo, in un palazzo con molti piani, i bambini spariscono, li chiamano ma non rispondono, alla madre viene chiesto di fare qualcosa e lei non si attiva rimane con lo “sguardo vuoto”, come se fosse disinteressata all’assenza dei figli. Rispetto a Mf. ,invece, gli assistenti sociali riferiscono che non è più seguito dalla neuropsichiatria, che pare ci siano dei miglioramenti e che sia migliorata in generale la capacità genitoriale del padre. Emerge però anche che Ef si riferisca al fratello chiamandolo “il pazzo”.

Dopo il racconto degli altri operatori abbiamo restituito in parte il nostro lavoro spiegando anche i nostri ragionamenti. In generale c’è stato interesse ed un clima collaborativo durante la restituzione, salvo che sulla salute mentale di Ghalia, quando abbiamo chiamato in causa e posto una riflessione critica sul ruolo della traduzione nel confronto con Ghalia e sul ruolo dei servizi in generale.

C’è stato particolare interesse quando dopo le fasi interpretative abbiamo proposto una strategia d’azione. Tutti sono sembrati molto interessati nel cercare una via d’uscita e non ci sono state particolari obiezioni alla proposta di un incontro collettivo per rimettere insieme i vari pezzi.

Il debriefing:

Sia da parte di Gn., sia da parte delle operatrici della casa perdura una forte preoccupazione rispetto a Ghalia ed alle sue capacità relazionali. Pare che almeno in principio abbiano stigmatizzato la nostra posizione più possibilista rispetto alla psicopatologia. Da questo è scaturita una lunga ed animata discussione tra Ar Na. e Fr. con risvolti interessanti rispetto alle percezioni alternanti sulla competenza di Ghalia fra noi e gli operatori. Altra riflessione interessante è quella etica rispetto alla restituzione. R. ha usato molte cautele nel comunicare ai servizi che in definitiva avevano dedicato poco tempo alla gestione del caso e che molti dei passi avanti compiuti attraverso il nostro intervento dipendono solo dall'aver dedicato un tempo sufficiente alla relazione.

Come si comprende dal debriefing lo scollamento con le operatrici di cui si diceva all'inizio del paragrafo comincia ad essere problematico. Chi convive con Ghalia è fortemente preoccupato rispetto alle sue competenze, ed invece il gruppo di consultazione, basandosi sulle percezioni da esterni tende ad interpretare la condizione di Ghalia in un quadro di relativa capacità relazionale che dovrebbe essere addirittura incentivata. Questa prospettiva viene ricevuta con un certo allarme dagli operatori della casa e dagli altri sanitari. Per lo stesso motivo nasce un'animata discussione dentro al gruppo stesso con posizioni differenti tra sanitari e antropologi.

Vengono comunque redatte due differenti relazioni sul caso, una psichiatrica ed una antropologica che rappresentano una mediazione tra le posizioni e servono da base per un ultimo incontro con i servizi in cui pianificare un intervento. Le due relazioni vengono riportate di seguito tal quali

Relazione Psichiatrica redatta per Ghalia

Il caso oggetto della consultazione si presenta da subito molto complesso ed articolato sia per il coinvolgimento di più Agenzie (Servizio Sociale, Comunità di Accoglienza, Tribunale Minori, Neuropsichiatria Infantile) con diversi mandati e registri comunicativi, sia per le conflittuali relazioni familiari dei soggetti coinvolti (relazione tra ex-coniugi, relazioni genitoriali, relazioni con le famiglie di origine).

La consultazione si è quindi articolata in più momenti, atti a raccogliere informazioni :

- *dai Servizi (3 incontri con Servizio Sociale, casa protetta T. T, NPI)*
- *dal marito di Ghalia (2 incontri)*
- *da Ghalia (3 incontri)*

L'esordio dei rapporti di Ghalia con i Servizi appare anomalo e da subito caratterizzato da un forte mandato normativo e di controllo: in seguito ad una segnalazione delle forze dell'ordine, chiamate da Ghalia stessa per trovare protezione per sé ed i propri figli, viene coinvolto il Tribunale dei Minori che quindi attiva i Servizi in questione. In realtà il Tribunale affida i figli ai Servizi, mette in discussione le capacità genitoriali della donna, chiedendone una valutazione e opera una separazione fittiva della famiglia. Iniziano quindi molti interventi sulla collocazione abitativa di Ghalia e dei figli, sull'impiego lavorativo, che non vedono Ghalia partecipe e protagonista; ciò avviene in parte per le difficoltà linguistiche, in parte per la completa ignoranza della donna in materia di Servizi e Diritto, in parte a causa della forte conflittualità con il marito, che svolge in ruolo di interfaccia con l'esterno. Nell'arco di pochi anni Ghalia subisce un divorzio unilaterale, viene allontanata dalla casa di proprietà, non percepisce un sostegno economico dall'ex coniuge e viene quindi sfrattata anche dall'appartamento in cui si era trasferita con i figli più piccoli. Il passaggio successivo è l'inserimento in una Struttura di accoglienza in un'altra città, dove necessariamente vengono ulteriormente coartati i livelli di autonomia.

Ghalia è “la grande assente”: non appare mai come interlocutrice attiva, sono sempre gli altri (il marito, le Forze dell'Ordine, il Tribunale, i Servizi, gli operatori) che decidono, sembra non avere più un ambito proprio di controllo. A ciò reagisce con le strategie difensive non adattive di una personalità rigida: sposa i codici interpretativi “magici” della madre (figura dominante dell'entourage familiare) che è l'unica in grado di darle strumenti per sfuggire dalla passivizzazione e dalla svalutazione di ruolo. Ghalia appare oppositiva, protestataria rispetto a ciò che le dicono di fare: non si fida, si sente giudicata, e questi sentimenti appaiono derivabili dalle esperienze attuali di vita.

- *Il marito H. appare come una figura poco assertiva, anch'egli sottoposto ad una forte influenza materna (che interviene nell'attuazione del divorzio) e incapace di autorevolezza nei confronti di Ghalia che concepisce gli ultimi due figli senza il suo apparente consenso e organizza la circoncisione rituale di un figlio escludendo completamente la famiglia del coniuge. Entrambe le famiglie di origine sono organizzate secondo logiche matriarcali, in cui sono le donne a prendere le decisioni. Ci fornisce descrizioni di comportamenti di Ghalia maladattivi e connessi al malocchio, avvenuti nel periodo della crisi coniugale. H. e la sua famiglia di origine sembrano non aderire ai codici interpretativi “magici” radicati nella famiglia di Ghalia. Tutti gli aspetti psicopatologici emergono da descrizioni comportamentali dove non emerge mai il punto di vista di Ghalia.*

- *Ghalia si è sempre presentata curata nell'aspetto, vestita con i colori riferiti “taboo” dal marito (viola, giallo, arancio), l'atteggiamento sicuro e diretto. Disponibile al colloquio, adeguata e congrua. La mimica era mobile e l'affettività coerente al contesto. L'umore era in asse.*

Sul piano cognitivo appare integra (lucida, orientata, mnesica) sebbene sia evidente una discreta

faticabilità collegabile a reali difficoltà linguistiche, che Ghalia cerca peraltro di dissimulare: l'intervento della mediatrice è stato indispensabile non solo per tradurre, ma soprattutto per conciliare codici interpretativi non coerenti. Ghalia doveva concentrarsi, le domande dovevano essere riformulate più volte per evitare fraintendimenti concettuali (es. parlare di sofferenza equivale parlare di malattia mentale).

Già dal secondo incontro le dinamiche con le operatrici del CCC tendono verso la relazione d'aiuto: è contenta di poter raccontare la propria esperienza in un contesto "altro" di sole donne, non normativo, prescrittivo o giudicante, per cui Ghalia ci chiede consiglio su cosa fare per migliorare la propria situazione. Questi elementi lasciano pensare che non vi sia una chiara struttura paranoide di base.

I contenuti della narrazione sono logici, coerenti, l'eloquio è fluido. Durante i colloqui non emergono fenomeni dispercettivi, che vengono invece segnalati dagli operatori. Ghalia opera una selezione delle informazioni e tende a dare una versione degli eventi in cui nega di essere o essere stata in difficoltà, tendendo a proiettare le responsabilità all'esterno: utilizza cioè meccanismi di difesa narcisistici primitivi (negazione e proiezione), in parte derivabili dalla situazione di vita attuale e che, allo stesso tempo, suggeriscono una posizione regressiva di Ghalia in cui aderisce completamente alle logiche esplicative del contesto culturale di origine (es. eziologia esterna del male). Ghalia ha bisogno di conservare un'immagine di sé funzionante e solida laddove la sua vita di madre e di donna si sta disfacendo, e lo può fare delegando le responsabilità agli attori esterni che non comprende, di cui non si fida perché dal suo punto di vista sono responsabili di un peggioramento della sua qualità di vita, che la svalutano e la controllano dicendole continuamente come si deve comportare e come deve fare la madre.

Ghalia vive una desautorazione: come moglie, poiché di fatto deve accettare un divorzio voluto dal marito; come donna e lavoratrice autonoma, poiché deve concordare il suo ruolo con quello dei Servizi; come madre, poiché deve dimostrare la sua adeguatezza in un contesto comunitario.

La reazione maladattiva di Ghalia è quella di una personalità rigida, poco capace di mediare o modificarsi, che si oppone, protesta a volte mettendo in atto comportamenti bizzarri.

Ghalia si sente espropriata della propria autorità materna e le appaiono troppi gli interlocutori che dicono a lei e ai suoi bambini come devono comportarsi, creando alla fine una certa confusione nei modelli educativi a cui la donna fa fatica a rapportarsi: ne consegue che sia lei che i figli appaiono a volte irrequieti e disorientati.

Ghalia controagisce alle norme comportamentali indicate, nel tentativo di autoaffermarsi: mi dicono come vestire i bambini e io gli metto 3 maglie, mi dicono a che ora portarli e io temporeggio davanti alla televisione. Vanno inoltre distinti gli episodi in cui i comportamenti bizzarri risultavano attribuibili ad una mancata comprensione del contesto, come ad esempio l'incontro con la neuropsichiatria senza una mediazione culturale.

Ci sembra comunque possibile escludere la presenza di una patologia dell'area psicotica.

Indicazioni

A nostro avviso, linee d'intervento terapeutico-assistenziale dovrebbero muoversi secondo i seguenti punti :

Rafforzare il ruolo di madre, di donna separata e di donna lavoratrice

Fondamentale sarà partire dalla visione di Ghalia stessa, dare voce e spessore al suo mondo interno: lei come si pensa come madre? Qual è il suo modello di madre? Noi ci aspettiamo che giochi con i bambini, ma le madri di Marrakech ritengono che il gioco sia solo dei bambini. Vorremmo che curasse di più l'igiene dei suoi figli, ma le madri arabo-musulmane già dai primi anni di vita dei figli maschi delegano ai padri la gestione dello spazio intimo e privato del corpo. Tale interpretazione discende dall'esperienza diretta della mediatrice, anch'essa originaria di Marrakech.

- Il supporto dell'io non deve essere come se si trattasse di un io deficitario al quale sostituirsi, ma volto alla riscoperta delle competenze individuali. La valorizzazione e l'ascolto contribuiranno a mitigare gli elementi persecutori e normativi che comunque rimangono intrinseci al mandato del Tribunale a cui sono sottoposti i servizi.*
- Considerate la rigidità personologica di Ghalia, le sue scarse risorse alla mediazione e all'evoluzione, i cambiamenti relazionali attesi nei confronti di Ghalia dovrebbero passare attraverso una modifica strategica del contesto. Il clima percepito negli incontri fatti con gli operatori è stato sempre di intenso allarme, in quanto investiti di un mandato molto forte, spesso in assenza di spazi di sostegno e confronto da parte degli inviati. Pensiamo che sia indispensabile implementare il lavoro di rete e collaborazione nella definizione dei percorsi, per evitare un sovraccarico di responsabilità degli operatori, che si traduce poi in un bisogno di ipercontrollo.*

Dall'incontro di restituzione degli esiti della consultazione, emergono inoltre nuovi elementi e nuovi spazi di interazione:

- Ghalia riconosce per la prima volta un disagio individuale, identificato come "attacco di panico" e chiede di poter essere accompagnata dal medico. Accogliere questa richiesta potrebbe dare il via ad un percorso di sostegno ed alleanza proficuo per tutte le parti coinvolte. Sottolineiamo l'importanza che l'invio al medico di medicina generale debba essere "preparato" dagli operatori e dagli altri curanti e che sia indispensabile una mediazione linguistica durante la visita, il più rassicurante possibile.*
- Ghalia ha in programma ulteriori incontri con la neuropsichiatra che segue i bambini; la specialista si propone di instaurare in primis una relazione di aiuto con Ghalia auspicando ricadute positive sull'alleanza terapeutica, e sulla possibilità di dare sostegno alle deficitarie funzioni materne di Ghalia*

Valutazione Antropologica per il caso di Ghalia

Nell'affrontare il caso della signora Ghalia, l'analisi di tipo antropologico ha avuto la funzione di indagare la posizione del soggetto nelle dinamiche sociali e culturali del paese di emigrazione, con un'attenzione particolare alle peculiari costruzioni simboliche della realtà e alle possibilità negoziali del soggetto rispetto alle proprie potenzialità, aspettative ed esperienze. Questo ha significato rileggere comportamenti, fatti ed eventi secondo un diverso linguaggio e una diversa codificazione culturalmente

costruita e socialmente posizionata. Alla luce delle varie consultazioni realizzate con gli operatori, con gli educatori, con la signora Ghalia e con il marito, emerge una situazione di criticità rispetto alle dinamiche relazionali che riguardano il contesto d'origine e quello di emigrazione. Più specificatamente è emersa un'erosione dei rapporti con i familiari del marito in Marocco, le cui frustrazioni hanno avuto un impatto anche sulla vita matrimoniale e sulla gestione dei figli in Italia.

Tali vicende familiari sembrano trovare una loro origine in una conflittualità tutta al femminile tra la signora Ghalia e i membri della famiglia di H. Questa conflittualità viene ad esprimersi attraverso i modelli culturalmente connotati del malocchio e della magia.

E' da questa configurazione che alcuni comportamenti "irrazionali" della signora Ghalia, possono essere compresi e spiegati come forme di protezione rispetto a quelle che lei riteneva essere minacce di tipo magico provenienti dal Marocco. Ci riferiamo ad esempio ad alcuni casi "singolari" raccontatici dal marito, e che sono ben esplicativi del timore della donna: paura degli oggetti che lui portava in Italia; difficoltà ad entrare in alcune stanze; reticenza nel dare ospitalità al cognato appena arrivato dal Marocco. L'esternalizzazione delle responsabilità rispetto ai momenti di crisi e alle problematicità delle esperienze rientra, d'altronde, all'interno di un orizzonte di senso che è culturalmente costruito e sedimentato nei vissuti.²⁸⁸

In questo senso ciò che può essere definito come tendenza paranoica, rappresenta un modello esplicativo della realtà e degli eventi che è socialmente condiviso nel contesto d'origine. Infatti, la signora Ghalia trovava supporto alle sue interpretazioni proprio dalla madre in Marocco.

Questi atti magici si configurano all'interno di una dimensione tutta al femminile come forma di una conflittualità tra donne: da un lato la madre di H. che cerca di mantenere il figlio sotto il suo controllo, dall'altro la signora Ghalia che cerca di affermarsi come moglie dello stesso uomo e come madre. Questo trovava esplicazione nello squilibrio matrimoniale ad ogni soggiorno in Marocco, in cui il marito entrava in contatto con la madre e le sorelle. La signora L. nel vacillare della sua posizione di moglie, si è progressivamente concentrata sul suo ruolo di madre e sul controllo dei figli. Alla luce della complessità dei processi di ridefinizione dell'identità nei percorsi migratori, in un isolamento culturale e relazionale, tali ingerenze hanno rappresentato una difficoltà di ordine esistenziale, determinando un'estremizzazione delle forme di controllo e di protezione. Queste estremizzazioni si esplicano in un' applicazione dello stesso pensiero persecutorio anche all'ambiente circostante in Italia (accuse ai vicini di azioni malefiche, attribuzione di caratteristiche magiche ad oggetti apparentemente neutrali).

L'intervento dei carabinieri richiesto dalla signora Ghalia si inserisce in un momento di crisi al rientro dal Marocco, a cui ha fatto seguito una presa in carico dei servizi sociali che hanno involontariamente generato una cronicizzazione del disagio esistenziale della donna.

²⁸⁸ Beneduce R. (2007), *Etnopsichiatria, sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci editore, Roma; Young A., *Internalizing and externalizing medical belief systems: An Ethiopian example in Social Science & Medicine* (1967) Volume 10, Issues 3-4, March-April 1976, Pages 147-156; Taliani S., Vacchiano F., (2006) *Altri Corpi, antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Edizioni Unicopli, Milano.

L'inserimento in comunità e la segnalazione al tribunale dei minori reitera, infatti, l'erosione della sua identità e conferma la validità dei timori della donna rispetto all'ostilità dell'ambiente esterno. Ciò a parere della donna è avvalorato dall'inadempimento del suo diritto alla permanenza nella casa di proprietà, dall'impossibilità di intervenire in tutte le questioni per la scarsa conoscenza della lingua e per lo sradicamento da Molinella a Imola.

Allo stesso modo la vita comunitaria va a minare e depotenziare il suo ruolo di madre, in quanto le regole comunitarie e gli interventi educativi le fanno percepire il peso del giudizio e una prevaricazione del suo ruolo. Tuttavia questo disagio rispetto all'intrusione si accompagna anche a delle richieste di aiuto legate alla difficoltà nella gestione dei figli. E si ritiene che sia proprio questa l'espressione della crisi attuale della signora Ghalia, stretta tra diversi modelli di genitorialità (il suo e quello proposto dalla comunità) tra il timore dell'allontanamento dei figli e le obiettive difficoltà alla realizzazione dei suoi progetti di autonomia.

Indicazioni sull'organizzaione di un possibile intervento

Questa tensione all'autonomia deve prendere forma attraverso l'esperienza e secondo delle modalità scelte e organizzate dalla signora Ghalia, in cui lo stesso concetto di autonomia deve essere negoziato. Va sottolineato che lei non ha fatto mai esperienza di un'autonomia assoluta, e tuttavia questo non le va insegnato, ma deve essere lei a ricostruire una nuova identità sociale.

La signora Ghalia ha richiesto gli strumenti per un processo di inserimento autonomo nel mondo lavorativo: utilizzo del pc e di internet e un accompagnamento per le esigenze di tipo logistico (facilitazione degli spostamenti nella città per il lavoro, compatibilmente con gli orari scolastici dei bambini).

In questo senso il tipo di supporto è proprio quello di affiancamento alla sua ricollocazione sociale, attraverso un intervento processuale. Più specificatamente si suggerisce di fornire una figura di riferimento, che la supporti in questo reinserimento, dove sperimenti i limiti imposti dalla realtà: un contesto lavorativo in cui vengano effettivamente messe a frutto le sue abilità, ad esempio prendendo in considerazione che lei precedentemente svolgeva il lavoro di sarta.

Nell'organizzare questo supporto con Ghalia, è importante che servizi e comunità operino in forte coesione e collaborazione, affinché la comunità non traduca la propria responsabilità in un necessario intervento paternalistico.

Pare opportuno che il contesto lavorativo sia di gruppo, in modo da favorire un apprendimento orizzontale delle mansioni, rompendo così con il modello gerarchico che attiva in Ghalia un sentimento di ostilità e prevaricazione.

L'obiettivo é quello di fare in modo che Ghalia possa arrivare a rinegoziare un'inedita identità socialmente riconosciuta e legittimata.

Incontro di restituzione dopo la redazione della relazioni

In una fase successiva alla consegna delle due relazioni viene organizzato un nuovo incontro con i servizi in cui costruire insieme una strategia per il trattamento. La linea delle relazioni finali è quella di investire sull'empowerment di Ghalia, come vedremo con viva preoccupazione delle operatrici. Partecipano all'incontro Fe. Fr. R. N. gli operatori della casa e quelli del servizio socio-sanitario dell'AUSL.

Viene ripercorsa brevemente la storia della consultazione e la ricostruzione della vicenda a partire dal materiale già distribuito, e vengono illustrate le due relazioni.

La relazione antropologica viene presentata corredata di quadro teorico ma attraverso una modalità espositiva e argomentativa che non è propria dei servizi. Le relazioni invece che rassicurare i servizi li preoccupano maggiormente, cominciano apertamente ad esprimere dissenso in merito alla valutazione, sollevano una certa perplessità, a partire dalla relazione della neuropsichiatria infantile, e continuando con una profusione di aneddoti rispetto all'incompetenza genitoriale e comportamentale che questi sollevano. La preoccupazione dei servizi è concreta perché non hanno idea di come possa gestirsi autonomamente una persona che nella struttura non ha dimostrato in tantissime occasioni una capacità più che minima di relazionarsi con l'ambiente circostante e con gli altri, men che meno con i figli. Un aneddoto tra tutti riguarda un soggiorno al mare che viene suggerito dalla comunità stessa, durante le vacanze scolastiche dei bambini, Ghalia non sa se accettare o meno, alla fine con molte titubanze si convince ad approfittare di questo spazio di autonomia, ma una volta al mare chiama continuamente la comunità, sente l'ansia, ed addirittura viene riferito dall'operatrice "si vuole buttare dalla finestra". Allora Oc. Esclama: *"E se i figli annegano mentre lei è al mare chi si prende la responsabilità? Che vita autonoma può fare se succedono queste cose?"* Questa posizione netta degli operatori viene peggiorata da ogni tentativo di spiegazione del quadro patologico utilizzando le analisi sul caso e approcci teorici.

La situazione diviene critica al punto che i servizi cominciano a valutare un abbandono, specialmente gli operatori della casa protetta. È a questo punto che il potere normativo della biomedicina marca un passaggio cruciale nella storia, perché giunti in questa situazione di stallo gli psichiatri certificano loro malgrado (e non senza percepirne la responsabilità) che nonostante tutte le percezioni degli operatori, la loro certificazione non diagnostica una patologia psichiatrica, ma un quadro molto più lieve e sfumato che può essere punto da cui ripotenziare la sua autonomia anziché la sua esclusione. Ovviamente questo percorso di empowerment e di emancipazione non può avvenire repentinamente, ma necessita di un delicato e costante percorso di autonomizzazione e di presa di responsabilità. In questo possono essere utilizzate altre figure di mediazione, avendo Ghalia espresso la necessità di essere visitata da un medico di base, questi potrebbe essere una figura di aggancio e raccordo, senza che però vada a rappresentare un' imposizione. In fin dei conti Ghalia chiede aiuto ogni qual volta è soggetta a costrizioni, la prima volta che l'abbiamo incontrata, come gruppo di consultazione, alla fine dell'incontro, visto che non era stata avanzata nessuna istanza normativa è stata lei a chiederci consiglio su cosa fare, nello stesso modo può essere interpretato l'episodio della vacanza al mare: non appena è stato allentato il controllo Ghalia si è immediatamente affidata al servizio chiedendo accompagnamento e supporto.

Inaspettatamente, a questo punto, i servizi si sentono sollevati, la diagnosi psichiatrica li deresponsabilizza dal punto di vista legale, ed allo stesso tempo li tranquillizza dal punto di vista

professionale, sono disponibili quindi ad aprire una fase di sperimentazione che veda Ghalia più autonoma. Viene deciso di organizzare un tavolo di discussione che veda presente H. possibilmente, Ghalia, e i servizi e viene stabilito un follow up dopo qualche mese.

A qualche mese di distanza il processo di autonimazzazione sembra funzionare, Ghalia ha ritrovato un piccolo lavoro di sartoria e più o meno ancora con il forte supporto dei servizi, riesce ad accudire la casa ed i figli. Il rapporto con il marito migliora leggermente, i due riescono ad incontrarsi regolarmente e a trascorrere il fine settimana con i figli. Le manifestazioni del magico sono cessate completamente.

Considerazioni finali sul caso di Ghalia

La storia di Ghalia, come anticipato all'inizio del capitolo, è una storia complessa. Durante l'intricata ricostruzione della narrazione sono sembrati più volte aprirsi dei varchi che però si sono dimostrati vicoli ciechi rispetto alla comprensione di ciò che stava accadendo. In verità al momento è anche difficile affermare se l'intrico di storie sia stato correttamente decodificato, ma questa preoccupazione è lasciata alle relazioni del centro di consultazione che sono riportate per intero.

Ci sono però degli elementi che emergono con una certa chiarezza dalla storia e che possono essere valutati separatamente e con accuratezza. Una prima considerazione già in parte riportata nelle due relazioni è la raccolta parziale delle informazioni. Si ripresenta anche in questo caso, come nel precedente, la questione della raccolta anamnestica limitata. Ancora una volta i soggetti più deboli presentano biografie mute, in cui sono sempre gli altri a parlare di, a raccontare la storia, la patologia i bisogni di salute. Nel caso di Ghalia questa impossibilità di raccontarsi è peggiorata dalla barriera linguistica, dall'impossibilità di essere autrice della propria narrazione. Addirittura quando Ghalia chiama la polizia come atto di ribellione contro il marito è H. a parlare per lei trasformandola così da accusatrice in accusata.

Ghalia ed i suoi luoghi

In questa storia però a mancare non è solo la versione di Ghalia, la vicenda si dipana tra due contesti quello della pianura padana e quello del centro del Marocco indistintamente e senza soluzione di continuo, ma questo territorio, questo campo, non parla se non attraverso i racconti di H. e più limitatamente di Ghalia. Sembra quasi che il Marocco sia un accessorio alle vicende in cui avvengono episodi limitati e specifici, per cui gli operatori non hanno grande interesse. La vicenda invece si svolge senza soluzione di continuo tra due mondi che non si sperano mai. Come correttamente fa notare Riccio²⁸⁹ la migrazione nelle sue varie modalità è un processo che a vari gradi chiama in causa processi di transnazionalizzazione delle esistenze dei migranti. L'apparato teorico transnazionale appare più che adeguato per analizzare le esistenze di Ghalia e della famiglia non solo perchè sono *trasmigranti le cui vite quotidiane si svolgono "qui" e "là", tra due o più stati nazionali*, ma anche perchè le loro esistenze vengono determinate dagli atti e dalle politiche degli stati nazione. Dalla legge marocchina infatti dipende il divorzio, mentre dallo stato italiano l'affidamento dei figli ai servizi sociali. Senza contare che H. arriva in Italia in un periodo della *storia globale* in cui è ancora facile accedere ad un contratto di lavoro a tempo indeterminato e quindi ad una carta di soggiorno per se ed i propri familiari.

Il concetto di transnazionalità affianca quello probabilmente più alla moda di globalizzazione, sia

²⁸⁹ Riccio B., «Toubab» e «Vu cumprà». Transnazionalità e rappresentazioni nelle migrazioni senegalesi in Italia. CLEUP, 2007 pag. 18-24

nella accessione antropologica²⁹⁰, sia di quella della salute pubblica²⁹¹, le differenti visioni e definizioni servono a creare uno spazio di analisi molto produttivo per quanto riguarda la valutazione dei fattori che influenzano la salute dei migranti. Da un lato l'enfasi sullo stato nazione e sulle politiche da esso adottate consente di confrontarsi con l'esigibilità dei diritti, come le politiche di protezione ed inclusione degli individui e delle loro famiglie nella comunità e nei sistemi di welfare nei paesi di destinazione, l'enfasi sulla nazione infine consente di non perdere lo sguardo sui popoli a favore degli individui. La prospettiva sulle nazioni si completa così con quella di salute pubblica, in cui la Global Health, quale stato di salute della popolazione mondiale, viene promossa come diritto fondamentale dell'individuo, a partire dalla garanzia di una vita sicura in un ambiente sicuro. La proposta antropologica della Global Health ed ancora più precisamente quella della antropologia medica della quale Nichter è un ottimo interprete, fornisce strumenti operativi qualitativi ed etnografici indispensabili all'analisi della salute dei migranti. Nichter mette a fuoco una serie di Items classici in antropologia medica: la cultura, sistemi locali di credenze, la struttura sociale; ed altri meno consueti: la distribuzione delle ricchezze, il finanziamento dei sistemi di welfare. Nichter inoltre, opera una analisi delle ricostruzioni dei saperi della salute pubblica nelle credenze locali e della cultura della salute pubblica attraverso le sue retoriche. In questo modo è possibile rifondare una epidemiologia globale delle migrazioni che sia in grado di cogliere gli aspetti relativi alla salute della popolazione nello spazio del contesto pre-partenza, del percorso migratorio e nel paese di arrivo. Utilizzando il lavoro di Sayad e l'idea della doppia assenza²⁹², l'idea cioè di una vita che continua (o non continua) contemporaneamente in 2 luoghi, e la più prossima esperienza di Riccio a riguardo della comunità senegalese nel contesto regionale, possiamo confrontarci con un concetto di migrazione che non si esaurisce nella sua componente geografica, che non ha un inizio nella partenza ed una fine nell'arrivo, ma una migrazione come processo trasformativo in cui le persone, ma anche i luoghi e gli stati sono coinvolti, ed in cui talvolta rimangono impigliati. La doppia presenza, o assenza, la prosecuzione di una vita *qui* e *là*, la continuità di non luoghi nelle sue componenti politiche, economiche, culturali e sociali è ben sintetizzata da Riccio:

D'altra parte, altri autori hanno sottolineato come, per un insieme di ragioni che includono la globalizzazione, le innovazioni tecnologiche e i processi di decolonizzazione, le reti transnazionali possano funzionare con un'intensità sconosciuta nel passato: con un'estensione globale e quasi in tempo reale. Sarebbero quindi queste caratteristiche di velocità, intensità e frequenza a caratterizzare la novità del transnazionalismo contemporaneo. Basch, Glick Schiller e Szanton-Blanc forniscono le

²⁹⁰ Nichter M., *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter* University of Arizona Press, 2008

²⁹¹ In our view, GH is meant to be a new paradigm for health and health care, grounded in the theory of health determinants. Such an approach, based on the principles stated in the Alma Ata declaration and backed by broad evidence, can be applied to disease prevention and treatment, as well as to health promotion, for both individuals and populations. The main focus of GH concerns the health status of world population and its socio-economic, political, demographic, juridical and environmental determinants, as well as the relationship between globalisation and health in terms of equity, human rights, sustainability and international diplomacy. Due to the complexity of such issues, the GH approach is necessarily a trans-disciplinary and multimethod one, built on the contribution of natural and social sciences and the humanities. Adopting a transnational view, GH points out health inequalities both within and among countries, framing them through the lens of social justice. GH is not merely an academic field: fostering an ethics of social accountability for institutions, professionals and individuals involved, it encompasses the fields of research, practice and education. Driven by ethics and oriented to the needs of the population, in particular marginalised groups, it aims at producing change in the community and in the whole society, bringing evidence into practice thus reducing the know-do gap.

Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale www.educationglobalhealth.eu

²⁹² Sayad A., *La doppia assenza*, Raffaello Cortina, Milano, 2002. pag 385-394

seguenti premesse per uno schema teorico sottostante l'approccio transnazionale:

a) La migrazione transnazionale è inestricabilmente legata alle mutevoli condizioni del capitalismo globale e deve essere analizzata all'interno del contesto delle relazioni globali tra capitale e forza lavoro;

b) Il transnazionalismo è un processo attraverso il quale i migranti con le loro attività quotidiane e le loro relazioni sociali, economiche e politiche creano campi sociali che attraversano i confini nazionali;

c) Rigidi concetti delle scienze sociali che condensano cultura, locazione fisica ed identità possono limitare la capacità dei ricercatori nel cogliere e nell'analizzare il fenomeno del transnazionalismo;

d) Vivendo le proprie vite attraverso i confini, i trasmigranti si trovano a confrontarsi con, e coinvolti in, processi di nation-building di due o più stati nazione. Le loro identità e pratiche sono configurate da categorie egemoniche quali quelle di razza ed etnicità che sono profondamente incorporate nei processi di nation-building di questi stati-nazione.

Pur condividendo alcune premesse quali l'accento definitorio posto sugli attori, le loro esperienze quotidiane, le loro relazioni sociali e la critica di concetti rigidi di cultura ed identità, automaticamente collegati ai territori e alla logica sedentaria dominante, credo che le premesse teoriche a) e c) siano più interessanti come oggetto di ricerca e di investigazione che come premesse da cui partire. Per esempio, le reazioni alla ristrutturazione del capitalismo globale non sono simili in diversi contesti. Inoltre, benché alcune pratiche transnazionali possano rivelarsi cruciali nei processi di rafforzamento di una nazione – si pensi al “nazionalismo in teleselezione” cui fa riferimento Anderson – questa caratteristica non emerge in tanti altri casi di formazioni transnazionali. È per questa ragione che in questa sede si è preferito al termine “transnazionalismo” quello meno politico e più generico di “transnazionalità”. Ad ogni modo, ciò che preme sottolineare è la rilevanza contestuale di un insieme di fattori capaci di influenzare le migrazioni transnazionali. Per esempio, i diversi gradi di inclusione ed esclusione, l'accesso dei migranti alla sfera pubblica sociale e politica, la loro situazione legale ed economica all'interno sia del paese di provenienza sia di quello di approdo costituiscono aspetti cruciali nel determinare diverse strategie transnazionali.

Queste premesse inquadrano perfettamente la storia di Ghalia, la costruzione del senso della sua vita, della sua condizione materiale, della sua identità di donna e madre, tutti prodotti ibridi di interazioni tra esperienze, sistemi interpretativi e azioni che si dipanano in luoghi geografici e sociali differenti: l'Italia, il Marocco, il tribunale marocchino, il tribunale italiano, i servizi sociali, le famiglie, i servizi sanitari, la religione, il magico.

Dalle narrazioni raccolte tra il *qui* ed il *là* emerge una relazione continua, interrotta, la costituzione di uno spazio ibrido senza soluzioni di continuo. Nella storia *vanno* e *vengono*, grazie alla tecnologia, le comunicazioni e le relazioni da queste sottese: la madre di H. telefona e Ghalia intercetta le comunicazioni nel tentativo di interrompere le influenze dalla famiglia sul marito e sui figli, la madre di Ghalia che invia formule magiche, da indicazioni per sui riti da compiere per contrastare i malefici ed in definitiva la famiglia id lui. *Vanno* e *vengono* le persone: non solo

Ghalia ed H. che tornano dalle rispettive famiglie; ma anche i figli che devono essere portati a conoscere nonni, specialmente il Mf che per un periodo deve andare “*ad abitare con i nonni paterni*”, e sulla cui appartenenza si giocano gli equilibri tra famiglie; ed il fratello di H. che segue la catena migratoria, come probabilmente la sua fidanzata. *Vanno e vengono* i soldi del padre di Ghalia, che come migrante consente a tutti i figli di comprare un negozio nel bazar e di vivere una vita agiata; ed i soldi della famiglia di H. che tornano in Italia per aiutarlo a pagare i debiti lasciati dalla moglie. *Vanno e vengono* gli atti civili e dei tribunali: il matrimonio, la separazione, le disposizioni del tribunale dei minori. *Vanno e vengono* infine le magie, i riti, i cibi, le cose care, gli affetti, le maglie di lana, la biancheria nuova, quei pacchi, quelle sporte in cui viaggiano affetti e legami che si rinnovano. Tralasciando le implicazioni antropologiche di questi fenomeni e vestendo i panni del sanitario, la riflessione finale sul transnazionalismo riguarda il ritardo nell'adozione di un approccio di salute globale nelle logiche dei servizi sanitari. Nella produzione del servizio quello che importa è il migrante *qui ed ora*, la sua dimensione di paziente che si ammala e potenzialmente guarisce in uno spazio locale, in cui la migrazione si esaurisce nel momento dell'arrivo e nella costruzione sociale della categoria di migrante in cui dovrà essere incasellato l'individuo, di volta in volta irregolare, clandestino, richiedente asilo, regolare, con carta di soggiorno ecc. che ne definiscono i livelli e le modalità di accesso alle cure. Questa impostazione, come emerge nella storia di Ghalia, amputando una parte delle vite ne oscura i processi e le condizioni, con effetti negativi rispetto all'efficacia ed alla sensatezza della terapia e della cura.

Ghalia, cultura, magia ed il ruolo dell'antropologia

La relazione tra Ghalia ed il magico ha rappresentato una pista di analisi molto suggestiva soprattutto per la componente antropologica del Centro di Consultazione ma anche per alcuni degli psichiatri. Il tentativo di ricostruzione del sistema di significati di Ghalia, però si è dimostrato infruttuoso dal punto di vista interpretativo ed anche dal punto di vista clinico. Con l'emersione della dimensione magica è stato necessario un approfondimento rispetto alla magia nell'area di provenienza di Ghalia che si è dimostrato articolato e potenzialmente irrisolvibile. L'intrico di relazioni tra i differenti culti locali, la dimensione soprannaturale, la religione ufficiale con le sue differenti declinazioni si sono dimostrate tanto complesse da necessitare per essere interpretate, di una ricerca specifica, probabilmente multi-situata per via delle complicate interpretazioni, spiegazioni e confutazioni forniteci dalla comunità marocchina locale e dai mediatori.

Tralascieremo quindi le considerazioni sui significati della dimensione del magico del caso anche perché sono state ampiamente affrontate sia nella valutazione psichiatrica sia in quella antropologica, a cui si rimanda. La riflessione più complessa sollevata dal *magico*, riguarda invece il ruolo dell'antropologia nel processo di Consultazione. Ormai chiarito che il ruolo dell'antropologia (e meno ancora dell'antropologia medica) nell'ambito delle migrazioni non sia esclusivamente la decodifica dei mondi simbolici e dei sistemi locali di credenze dei nativi dell'altrove, ma al contrario sfuggendo al campo dell'essenzialissimo culturalista su cui era stata trascinata da una certa impostazione dei servizi sanitari e da una certa etnopsichiatria, diventa strumento indispensabile per ripensare la salute dei migranti insieme a quello delle popolazioni non migranti, in un mondo che si globalizza in cui a modificarsi in un dato territorio, non sono solo i geni e le credenze dei pazienti che lo abitano ma i fattori di vulnerabilità, fragilità e la loro

distribuzione nella popolazione^{293 294}. Un'antropologia medica riflessiva in grado di rilevare il ruolo delle dinamiche sociali, politiche economiche che sottendono la produzione di distress e di malattia congiuntamente ai fattori che regolano e a volte restringono l'accesso alle cure ed ai servizi sanitari^{295 296 297}. E' grazie all'attitudine riflessiva che il paradigma medico e dei servizi sanitari può essere messo in discussione insieme all'apparato statale e internazionale che regola i flussi migratori. Attraverso questo apparato concettuale possiamo prendere in considerazione e rendere operativi il *bios* di Ghalia, la dimensione del suo vissuto e della sua rappresentazione ma non disgiunti dalla costruzione sociale a cui anche i servizi di assistenza partecipano. E' grazie a questa intuizione infatti di un servizio di assistenza che partecipa a svuotare ed a fissare il ruolo di Ghalia in quello di madre e donna incompetente che si trova la chiave di lettura per la decodifica del caso.

Infine, l'ultima riflessione sollevata dal caso riguarda il potere normativo e certificativo del dispositivo sanitario. Riprendendo infatti la narrazione dell'ultimo incontro, quando nelo nervosismo generato dall'incomprensione, gli psichiatri collocano sul tavolo del confronto il loro dovere certificativo dichiarando che Ghalia *non è pazzo*. È in questo momento, come visto, che insieme all'uso del potere certificativo si verifica un trasferimento di responsabilità anche legale, che con quell'atto assolve implicitamente gli altri professionisti seduti al tavolo della negoziazione. Una antropologia medica che si *sporchi le mani* con la produzione di servizi sanitari è inevitabilmente una antropologia chiamata ad assumersi al pari degli altri attori parte delle responsabilità certificative. Questa posizione eticamente e disciplinarmente scomoda, pericolosamente vicina a quella degli *embedded anthropologist* nei recenti conflitti²⁹⁸, non cessa di essere un *compito a casa* per l'antropologia, che serva a spiegare ai professionisti sanitari come e perché dovrebbero accettare la presenza degli antropologi nei servizi. Lo spazio di una antropologia applicata citando la Sheper-Huges:

“ does not mean exemption from ethical guidelines, but rather an acknowledgement of the hybrid activities of a scholar who is also actively intervening against human trafficking for organs, and against death squads and international child adoption markets in northeast Brazil. My argument was that my published revelations of criminal networks should not be gagged by normative academic ‘protection of human subjects’ guidelines as they are in the public interest and protected by freedom of speech. Naturally, this has attracted criticism from within and outside the academy. [...] A final caveat. Scholars who want to reach diverse publics – through popular writing, speaking, or participating in social activism – are not only underrewarded by their universities, they are often penalized for ‘dumbing down’ anthropological thinking, cutting social theory into bite-sized ‘sound bites’, ‘vulgarizing’ anthropology, sacrificing academic standards or (in the US) for playing to the anti-intellectual, illiberal american popular (working) classes. Public service here tends to mean service to the

²⁹³ Sargent C., Larchanchè S., Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness, and Access to Care Carolyn Annu. Rev. Anthropol. 40:345–61 2011

²⁹⁴ Willen S.S., Mulligan J., Castañeda H., Take a Stand Commentary: How Can Medical Anthropologists Contribute to Contemporary Conversations on “Illegal” Im/migration and Health? Medical Anthropology Quarterly volume 25, Issue 3, pages 331–356, 2011

²⁹⁵ Lock M., and Scheper-Hughes, N. "A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent." In Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method, a cura di Johnson T.M, Sargent C.F. Praeger New York 1990

²⁹⁶ Lock M., Nguyen V., Anthropology of Biomedicine Wiley-Blackwell 2010 pag.1-9

²⁹⁷ Singer M. "AIDS and the Health Crisis of the U.S. Urban Poor: The Perspective of Critical Medical Anthropology." Social Science and Medicine 39: 93148. 1994

²⁹⁸ Marcia C., Medical Anthropology against War Medical Anthropology Quarterly Volume 22, Issue 4, pages 416–424, 2008

academy– our discipline or uni- versity – rather than service to global publics.”²⁹⁹

Una antropologia che aspiri a lavorare nel campo della salute, che critica la mancanza di riflessività rispetto al prodotto sociale della medicina deve essere in grado allo stesso tempo di riflettere su se stessa e sui propri prodotti deve essere in grado di costruire insieme alla altre discipline all'interno del sistema sanitario *servizi* che per l'appunto servano alla comunità e non solo alla ricerca. In questo bisogna intendere la prospettiva di una antropologia pubblica, come quella intesa da Borofsky³⁰⁰, che si sganci dai vincoli di temi e di uditorio che si è auto-imposta, che si focalizzi su una comunicazione con un pubblico più ampio e con le *preoccupazioni* della collettività:

“Although some anthropologists already engage today’s big questions regarding rights, health, violence, governance and justice, many refine narrow (and narrower) problems that concern few (and fewer) people outside the discipline. Public anthropology seeks to address broad critical concerns in ways that others beyond the discipline are able to understand what anthropologists can offer to the re-framing and easing—if not necessarily always resolving—of present-day dilemmas. The hope is that by invigorating public conversations with anthropological insights, public anthropology can re-frame and reinvigorate the discipline.”

Il caso di Ghalia ha rappresentato in definitiva un produttivo momento di confronto tra logiche della ricerca e logiche *per* l'assistenza dimostrando che è possibile trovare un punto di incontro tra le esigenze disciplinari e i tempi e le aspettative della *prestazione sanitaria* non solo come momento di cura ma anche quale atto formale di una costruzione sociale dell'identità. Il Centro stesso ha trovato una coerenza e continuità tra quadro teorico della ricerca azione partecipata, le storie delle persone implicate nell'assistenza, a conforto dell'idea che il campo di lavoro multi-disciplinare e multi-professionale è produttore di innovazione e crescita per tutti i partecipanti.

²⁹⁹ Schepers-Hughes N., *Making anthropology public Anthropology Today*, Vol. 25 No 4, August 2009 pp. 1-3

³⁰⁰ Borofsky R., *Why a Public Anthropology?*, Center for a Public Anthropology, Hawaii Pacific University, 2010

L'antropologia medica del post-culturalismo: il caso Caso Nabil Neqrouz

La storia di Nabil Neqrouz sembra un caso da manuale di antropologia medica. Nella sua storia si intrecciano le varie dimensioni della salute ed il difficile incontro di queste con i servizi socio-sanitari.

Il caso di Nabil Neqrouz arriva al centro di consultazione attraverso un primo contatto telefonico degli assistenti sociali con lo psichiatra di riferimento. In seguito viene compilato il modulo on-line e la richiesta arriva congiuntamente dagli assistenti sociali e dagli psichiatri che seguono il caso.

Il caso di Nabil riguarda un marocchino di circa 30 anni, da più di 10 anni in Italia, in possesso di un regolare permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare.

L'invio avviene per:

“difficoltà relazionali e per la difficile gestione dell'aggressività. Si sono per questo riscontrate problematiche relative all'adesione al progetto terapeutico, all'assunzione di farmaci per il contenimento dell'aggressività e la prosecuzione del progetto educativo e quindi di una borsa lavoro in un lavoro a progetto ”

Al Centro viene chiesta una consulenza per la definizione del progetto sociale e per risolvere i problemi sorti nella gestione socio-sanitaria del caso.

All'invio il paziente aveva già una lunga storia di frequentazione dei servizi, per via delle difficoltà di apprendimento riscontrate durante un corso di professionalizzazione seguito subito dopo il suo arrivo in Italia. Tali difficoltà non erano riferibili a problemi di comprensione della lingua italiana e per questo i familiari avevano richiesto l'intervento dei servizi di supporto assistenziale, soprattutto in relazione all'inserimento lavorativo. Alle difficoltà di apprendimento si erano poi aggiunte problematiche relazionali nella gestione dell'aggressività.

Al primo incontro vengono invitati l'assistente sociale e lo psichiatra di riferimento che a causa di altri impegni arriverà solo a consultazione quasi terminata.

L'assistente sociale B. è subentrata nella gestione del caso solo da qualche anno, dopo il pensionamento di una collega, ma riesce a ricostruire la storia anche grazie ad una corposa documentazione.

Al momento della consultazione Nabil ha circa trent'anni, è arrivato in Italia per ricongiungimento familiare del 2000. Già nel 2001 entra in contatto con i servizi sociali per via di problemi linguistici e comportamentali. In seguito, per un disturbo di tipo ansioso che somatizza a livello gastrico e percettivo, entra in contatto con i servizi di salute mentale.

Viene anche inviato alla valutazione della neuropsichiatria dell'età evolutiva, presso la clinica neurologica.

Nelle relazioni vengono riportate in anamnesi ritardo dello sviluppo motorio del linguaggio e della scuola, ritardo nel camminare e parlare, e il padre riferisce un carattere irascibile ed irrequieto durante l'infanzia.

Viene riscontrato un ritardo motorio, ritardo cognitivo di grado medio-lieve, dolori addominali e reflusso esofageo.

B. riferisce che queste manifestazioni, insieme alla nausea e al vomito, sono a suo parere un

campanello di allarme per una crisi di aggressività. Di solito Nabil sente forte dolore, vomita e ha nausea, tenta di auto-curarsi con farmaci non meglio identificati, o va al pronto soccorso dove vengono effettuate gastroscopie ed altri esami di controllo sempre negativi. B. utilizza l'accesso al pronto soccorso come un campanello di allarme per le crisi di aggressività.

Questo quadro sintomatologico assommato alla presenza di allucinazioni porta ad una diagnosi di schizofrenia residuale e oligofrenia che risulterà nel riconoscimento di una invalidità del 100%.

Dopo la diagnosi, per alcuni anni vengono attivate diverse borse lavoro con esito positivo. Nabil viene inserito presso una cooperativa con la mansione di giardiniere, lavoro che svolge con particolare cura e che sembra abbastanza in linea con il suo profilo caratteriale, un compito tutto sommato isolato e solitario che lo protegge da problemi relazionali. Al termine di questo ciclo di borse, dopo un tirocinio formativo, viene assunto come addetto per le pulizie in una azienda del comparto meccanico dove avviene il primo episodio violento rilevante, probabilmente anche a sfondo razzista.

Nel racconto di B., Nabil ha appena finito di pulire uno dei bagni dell'officina e, quando uno dei lavoratori tenta di entrare, ne nasce un diverbio molto violento. Nabil sostiene di aver pregato il collega di utilizzare un bagno attiguo e per tutta risposta di essere stato aggredito e minacciato.

Secondo B. nel racconto di Nabil c'è ovviamente qualcosa di vero: probabilmente l'operaio l'avrà trattato con sufficienza o magari non lo avrà neanche considerato straniero, ma i racconti di Nabil sono sempre molto lacunosi, con omissioni intenzionali non dovute a problemi linguistici, *“come se ci fosse una volontà di rendere le cose ingarbugliate”* anche perché *“poi quando lui ed il padre devono esprimere delle richieste sono molto chiari”*, e sono anche racconti molto stereotipati in cui concetti e parole si ripetono. Anche in questo caso il tema è: *“mi ha mancato di rispetto”, “lui mi ha minacciato, io non mi faccio mettere le mani addosso da nessuno, lui mi ha picchiato”*. Dal diverbio nasce una colluttazione tra i due che richiede l'arrivo delle forze dell'ordine. I due vengono convocati dal datore di lavoro, davanti al quale gli atteggiamenti aggressivi di Nabil continuano, ne seguono un licenziamento per giusta causa, denuncia di aggressione nei confronti di Nabil e contro denuncia di Nabil nei confronti del collega (per molestie sessuali) e dell'azienda (per licenziamento non giustificato).

Al licenziamento segue per Nabil un periodo difficile di ritorno in famiglia dove rimane isolato per un periodo *“in una condizione di autismo”*. Gli atteggiamenti aggressivi però non si risolvono e sono rivolti ai familiari e all'assistente sociale B., la quale riferisce:

“diceva all'altra assistente sociale che era una doppiogiochista che l'avrebbe fatta licenziare «tu parli male di me con quelli della ditta, e con la polizia, ti farò licenziare» poi questa collega è stata male ed è andata in pensione anticipatamente e quando sono subentrata io me lo ha subito detto «hai visto che cosa è successo, si è messa contro di me e l'ho fatta licenziare»”

Quando B. entra in servizio si trova a dover risolvere il problema della carta di soggiorno, Nabil è entrato in Italia per ricongiungimento familiare ma a seguito del contratto di lavoro subordinato ha ottenuto un permesso di soggiorno per motivi di lavoro, il quale deve essere rinnovato.

B. riesce a procacciare a Nabil una borsa lavoro in una comunità protetta, dove sono anche disponibili degli educatori. All'inizio Nabil si occupa delle pulizie (B. commenta *“ma essendo poco pulito viene destinato ad altre mansioni”*), poi passa all'assemblaggio e infine al giardinaggio.

B. commenta *“E' andata bene fino ad un certo punto. Lui all'inizio pareva una persona ossequiosa sorridente e rispettosa, poi quando ha cominciato a inserirsi, ci sono stati i primi crisi di*

aggressività” l'episodio più grave avviene con un ragazzo di colore del Sud Africa, responsabile della comunità.

Nabil viene richiamato per un problema legato al lavoro e ne scaturisce una reazione violenta, nel racconto di B.:

“ questo ragazzo lo ha redarguito e lui è scattato, lo ha aggredito, adesso non ricordo bene, con una sega o con un punteruolo, insomma con un oggetto che era lì tra quelli del lavoro. Continuava a urlargli «sporco negro tu mi hai minacciato, mi hai messo le mani addosso». A questo primo momento ne segue uno di autolesionismo, sbatte la testa al muro, piange non si controlla, parla male sputando agitato, lancia le cose sbatte le porte, non si calmava, non era orientato. Poi quando si è calmato ha cominciato ad accusare gli altri «tutti mi hanno attaccato, mi hanno aggredito, io non mi faccio mettere le mani addosso da nessuno». In quel periodo avevo visto che questo educatore funzionava da stimolo negativo, perché lui si agitava. Nei giorni precedenti tra l'altro, Nabil segnalava problemi di mal di gola e mal di stomaco. Poi nella vicenda ci sono due aspetti, uno penso sia il razzismo. Nabil sembra avere un razzismo molto forte, non riconosce l'educatore perché è nero, lo chiama «sporco negro», e l'altro aspetto è quello del riconoscimento dei ruoli, del ruolo dell'altro, questo emerge sempre in tutte le situazioni dice spesso «chi crede di essere per dirmi che cosa devo fare?» io penso che lui abbia visto il richiamo come un atto di sottomissione dell'educatore. Dopo questo episodio i rapporti con Nabil si sono incrinati, perché si è convinto che non credevo alla sue versioni ma a quelle degli altri e poi perché ero una doppiogiochista. Anche perché dopo questo episodio la borsa è stata sospesa, anche se per me è stato un errore, Nabil l'ha vissuta come una punizione.... perché così è stata riconosciuta la sua colpa e lui ha interpretato la cosa come se fosse una punizione...è stato a casa un mese, abbiamo convocato il padre ma inutilmente, perché dice non ha controllo su Nabil «è l'unico figlio che mi è venuto male» e non è propositivo «fatelo stare a casa così non disturba nessuno». Poi siamo riusciti ad organizzare un incontro con l'educatore che ha ricucito, dicendo di aver sbagliato l'approccio e che doveva conoscerlo meglio, il rapporto si è risanato e così Nabil è tornato a lavoro.”

Per il reinserimento lavorativo di Nabil un aspetto fondamentale viene ritenuto il controllo farmacologico dell'aggressività. Per questo Nabil viene rivalutato dallo psichiatra e la terapia riaggiustata. I risultati però sono scarsi, con molte crisi anche se di minore entità, sempre con le medesime dinamiche proiettive per cui è lui ad essere minacciato e non a minacciare, a sentirsi offeso e ad offendere come reazione, con l'idea di doversi difendere, e poi le liti, il post crisi. Per un periodo B. chiede a Nabil aiuto per il reinserimento di una ragazza, e questo compito a detta di B. funziona molto bene, Nabil è molto attento, molto preciso, si comporta in maniera responsabile, finché però non si stanca perché il compito di gestirla è gravoso.

Il mancato controllo dell'aggressività viene correlato ad una incostanza nell'assunzione dei farmaci, per cui la comunità viene incaricata di controllare l'assunzione della terapia.

In questo il racconto di B. sembra mostrare una divergenza di prospettive rispetto alla comunità:

“In comunità data la loro impostazione cattolica, pensano di poter risolvere le situazioni di conflitto attraverso il dialogo, e nonostante gli abbia caldamente consigliato di intervenire chiamando il 118 e chiedendo un TSO hanno sempre contattato i servizi dopo che la crisi era terminata”.

Emerge quindi la propensione di B. per il trattamento farmacologico sotto forma DEPOT,

trattamento che non può però essere realizzato senza l'assenso di Nabil. Per B. quindi una soluzione potrebbe essere la somministrazione forzata con un TSO. La linea di condotta seguita dalla comunità rappresenta per lui un ostacolo:

“una volta hanno dovuto chiamare l'ambulanza per quanto era agitato, quando è arrivata era il momento di fargli un TSO, ma loro hanno aspettato, hanno fatto in modo che si calmasse, che si sentisse meglio, alla fine quelli dell'ambulanza gli hanno misurato la pressione, gli hanno fatto l'elettrocardiogramma e sono andati via, quindi alla fine non si è riusciti a fare un trattamento farmacologico diverso”.

In mancanza di trattamento farmacologico quindi B. non sente di avere molte altre carte da giocare

“Il problema più grande c'è stato con un altro utente con cui non si riusciva a stemperare l'aggressività, abbiamo fatto i salti mortali per non farli incontrare, alla fine si è pensato di interrompere la cosa. Per l'estate è partito per andare in Marocco, questa è stata la scusa per interrompere l'esperienza, visto che si sentiva minacciato dove stava, siamo rimasti d'accordo che se lui accettava la terapia al suo ritorno avremmo trovato qualcos'altro, ma quando è tornato ha ritrattato la sua posizione dicendo che mi ero inventata tutto”.

Sospesa la borsa lavoro, Nabil però continua ad andare in comunità nonostante gli fosse stato proibito, lui dice di andare a «salutare gli amici», solo che a volte si presenta in modalità aggressiva. Si cerca di convincere Nabil facendo intervenire un uomo, B. dice *“in modo che sentisse e riconoscesse l'autorità, ma lui non ha esitato a dire: «chi è questo? Lo faccio licenziare!» utilizzando le stesse modalità di relazione di sempre”.* A questo punto i servizi suggeriscono che in queste occasioni vengano chiamati i carabinieri. Nabil viene riconvocato dai servizi, si arriva alla conclusione che senza accettazione della terapia in DEPOT non ci sarebbe stato nessun tipo di supporto perché come dice B., Nabil *“ è un soggetto pericoloso per lui e per gli altri”.* Nabil vive la sospensione della borsa come un tradimento ed un'ingiustizia e da quel momento i rapporti tra loro si incrinano, in modo che Nabil continua ad essere seguito solo dallo psichiatra per l'aggiustamento della terapia. Durante gli incontri Nabil diventa molto minaccioso tanto che B. riferisce di non volerlo più incontrare da sola, un giorno l'ha anche aspettata fuori dal lavoro ma senza conseguenze, lei lo ha visto ed andata subito oltre dicendo *“oggi non ho tempo sono di fretta”.* B. aggiunge

“i nostri incontri finiscono con lui in lacrime che se ne va sbattendo la porta e poi torna in ufficio dopo 20 minuti. Il padre propone spesso di inserirlo in un appartamento, per disfarsene, tra di loro c'è una sorta di braccio di ferro: il padre sostiene che non può sgridarlo per alcune cose, perché si ribella e piange; Nabil dice che il padre non deve più riprenderlo perché ormai è adulto”.

Nabil ha un atteggiamento aggressivo con gli uomini ed è invece molto protettivo con le donne, perché dice B. *“le percepisce deboli e con necessità di protezione, infatti quando l'ho coinvolto per l'inserimento della ragazza si è dimostrato attento e preciso nonostante dopo si sia stancato a causa della pesantezza della ragazza.”*

A questo punto dell'incontro arriva Psi. lo psichiatra di riferimento, e si inserisce nella discussione.

Psi. sembra non avere ricordi molto chiari del percorso terapeutico di Nabil riesce a dire poco e con estrema fatica, ripercorre la storia di Nabil aggiungendo solo alcuni particolari: la famiglia di Nabil viene da una zona rurale del nord del Marocco, la famiglia è composta da: padre P. operaio quasi sessantenne che lavora da circa venti anni presso una industria della zona è l'unico a produrre

reddito nella famiglia se si escludono i 256 euro mensili dell'invalidità del figlio (più i 150 euro della borsa lavoro quando c'è); madre M. di circa 55 anni che non parla italiano, di cui si è tentato il coinvolgimento ma necessita di mediazione linguistica; una sorella più grande sposata, di cui non si riesce ad avere notizie precise (il padre dice che è qui, il figlio dice che è in marocco); un fratello F di circa 25 anni; sorella S di circa 15. Nabil ha un titolo di scuola media inferiore ed ha svolto un corso per saldatore.

I contatti con i servizi psichiatrici sono stati tutto sommato abbastanza radi, la valutazione dalla psichiatria e dalla neurologia, riscontra una lieve insufficienza mentale, la diagnosi psichiatrica è legata ai disturbi somatici ed alle voci che Nabil menziona nel loro primo incontro. La relazione con il terapeuta è gestita prevalentemente dal padre, Nabil parla poco. Viene prescritto un neurolettico, assunto nel tempo in maniera incostante. Poco dopo le prime visite il padre chiede la documentazione per ottenere l'invalidità, con l'invalidità Nabil accede alle borse lavoro ed i contatti nel tempo si diradano. Per lunghi periodi non ci sono stati incontri, il padre lo accompagna quando c'è un aumento dei sintomi, comunque le manifestazioni di tipo aggressivo sembrano essere sotto controllo, meno gli aspetti "somatici", la rabbia e la facile irritabilità. Psi. ipotizza un legame tra l'aggressività di Nabil e il suo passato di sottomissione alla figura paterna. Insiste, infatti, nel dire che Nabil è cambiato molto: da sottomesso, portatore di handicap, invalido così come era stato presentato dal padre nelle prime visite, è successivamente tornato a in una veste più autonoma e capace, anche forse in conseguenza dei suoi risultati lavorativi. Alla luce di questo Psi. sostiene che questa aggressività possa derivare da una paura di regredire a una condizione precedente e non si sa neanche come il padre abbia vissuto questo cambiamento. Secondo Psi., Nabil mantiene degli atteggiamenti di sfida e di arroganza:

“durante un incontro con Nabil e suo padre il rapporto già di solito molto conflittuale è sfociato in una lite, Nabil ha cominciato a urlare a pochi centimetri dalla faccia del padre che invece è rimasto impassibile e serafico, dopo di che Nabil è scoppiato a piangere è uscito sbattendo la porta ed è tornato dopo qualche minuto”.

Infine è possibile ipotizzare un disturbo paranoide, Nabil si identifica molto nel suo ruolo lavorativo e ha una reazione aggressiva appena viene ripreso. La terapia in DEPOT potrebbe essere una soluzione, forse con una terapia farmacologica costante potrebbe farcela, ma Psi. riflette sul fatto che questa rabbia che si scatena possa avere significati diversi, legati alla sua storia passata ed attuale, a un progetto di autonomia che non si riesce a sviluppare, sia dal punto di vista funzionale che personale, di cui noi - dice - “percepriamo la sola punta dell'iceberg”. Per questo motivo Nabil potrebbe rifiutare categoricamente la medicalizzazione e inoltre, rispetto alle iniezioni, rifiutate categoricamente, il padre ha aggiunto che quando era bambino scappava e bisognava andarlo a prendere in più persone. Il DEPOT potrebbe quindi rappresentare un rimando ad una condizione del passato, e il rifiuto dell'iniezione rappresenterebbe il non voler tornare ad una condizione precedente, di dipendenza.

Alla fine della consultazione si conviene di organizzare un incontro con Nabil stesso. I servizi si rendono disponibili a contattare Nabil ed il padre e ci informeranno della data dell'incontro.

Terminata la riunione il gruppo si riunisce per il debriefing:

viene evidenziata una mancanza di informazioni rispetto alla biografia del nucleo familiare, al percorso migratorio della famiglia, alla storia personale di Nabil la sua vita nel suo paese di origine, le sue reti sociali, i rapporti con i familiari e gli amici.

In tema di rapporti devono essere approfondite le relazioni familiari in particolare con il padre e con la madre.

Ugualmente devono essere approfondite le aspettative di Nabil il suo progetto di vita oltre che alla necessità di valutare l'entità ed il significato delle "voci".

Vengono problematizzati inoltre l'aggressività nel suo potenziale di ambiguità, il ruolo della malattia e dalla cura nelle relazioni familiari (percezione della malattia, ruolo sociale, ruolo economico per via dell'invalidità).

Il primo incontro con Nabil

Apprendiamo che all'incontro parteciperanno sia Nabil che il padre, i due come concordato e verranno presentati dall'assistente sociale B. che spiegherà il senso dell'incontro e del nostro ruolo nel processo terapeutico, B. non parteciperà all'incontro.

Durante il briefing iniziale, concordiamo di utilizzare un setting circolare, possibilmente inclusivo, viene stabilito di indagare prima le dimensioni generali della storia, percorso migratorio, differenze Italia-Marocco e poi eventualmente, dopo aver valutato il clima dell'incontro, scendere nel dettaglio delle biografie, del valore della malattia e delle prospettive future.

Nabil e il padre P. arrivano leggermente in anticipo, si siedono, allontanando leggermente le sedie dal circolo in cui sono disposte e scelgono i posti più prossimi alla porta della stanza. Rimangono seduti con la giacca per tutto il tempo e Nabil ha in testa un cappellino da baseball che gli copre parzialmente il viso e gli occhi. All'inizio del colloquio B. introduce brevemente l'incontro e la nostra consulenza viene presentata come un possibile aiuto un tentativo di comprendere meglio e mettere insieme i vari "pezzi" della vita di Nabil. Lo psichiatra del nostro gruppo R. aggiunge che tenteremo di capire i vari aspetti di questo contesto complesso e, visto che tutte le energie servono e sono importanti, il nostro obiettivo è di non creare divisioni cercando di andare tutti nella stessa direzione.

L'assistente sociale ci lascia e il colloquio comincia.

Da subito si nota che la conversazione avviene esclusivamente con il padre, che parla rivolto a noi (in particolare a R. che è il membro più anziano del gruppo) e rivolgendo le spalle Nabil senza guardarlo quasi mai.

Cominciamo parlando del Marocco e della loro regione di provenienza. P. ci racconta che provengono dalla città che chiameremo Daskara a Nord del Marocco affacciata sul Mar Mediterraneo, di fronte alla costa spagnola.

P. descrive Daskara come una grande città, che vive di pesca, agricoltura e industrie, con molti immigrati interni dalle zone circostanti del nord del Marocco. Quando R. e l'altro psichiatra Vr. che hanno visitato la zona citano alcune località turistiche, città o piatti di cucina locale, P. ed Nabil sorridono compiaciuti e sorpresi, sono felici che conosciamo ed apprezziamo la loro terra di origine, si crea così una atmosfera rilassata e amichevole. Continuiamo su questo registro per un po' portando la discussione sui piatti tipici della loro terra, chiediamo se ancora mantengono i cibi tradizionali e che cosa ne pensano della cucina italiana. P. riferisce che la moglie è una ottima cuoca che continuano a mangiare i loro cibi tradizionali anche dopo tanti anni, ma che apprezzano e cucinano anche la pasta,

“ma poco, meglio cuscus, con verdure, agnello, è più buono, e poi pane, mia moglie fa il pane tutti i giorni, tutte le mattine, perché pane molto caro qui, se io dovevo comprare il pane per 7 persone tutti i giorni, 4 euro al chilo, dove vai? Non basta uno stipendio solo per il pane, e poi il pane di Bologna non è buono, meglio fresco tutti i giorni appena fatto”.

L'argomento cibo viene utilizzato per aprire il discorso Marocco con Nabil gli chiediamo quali sono i suoi piatti preferiti, se si ricorda quali erano le cose che gli piacevano di più quando stava in Marocco se si ricorda, e se si ricorda anche qualcosa in particolare della sua vita in Marocco (è partito quando aveva circa 18 anni) e lui risponde che non ricorda niente, che è meglio dimenticare quel brutto passato.

Vr. chiede allora “Nabil, impossibile che non ti ricordi neanche che cosa ti piaceva di più come cibo, che cosa mangiavi, impossibile” R: “Guarda non voglio ricordare proprio niente di quello lì, meno ricordo meglio è, tutto passato, sono qui adesso meglio pensare a qui”.

Il padre di Nabil ci racconta la sua storia e il suo percorso migratorio. Sono berberi, P. proviene da una famiglia numerosa, di sei sorelle e tre fratelli. In Marocco prima di partire era un commerciante di “ferramenta” in piccoli mercati locali. Ha altri due fratelli che sono emigrati in Spagna, mentre le sorelle sono tutte rimaste in Marocco. Inizialmente ha tentato di emigrare anche lui in Spagna, ma non è riuscito ad ottenere i documenti. E' così arrivato in Italia, prima nel centro Italia nel 1990. Lì ha trovato lavoro ed è riuscito abbastanza facilmente a ottenere un permesso di soggiorno. Ha abitato per 5 anni nello stesso posto e nel novembre del 1995 ha deciso di trasferirsi in provincia di Bologna. Qui ha trovato subito lavoro come operaio in una fabbrica, lo stesso lavoro che continua ancora adesso.

Riferisce di avere sei figli: una femmina di circa 36 anni (sposata, vive in Olanda), una femmina di 34 anni, un'altra di 32, Nabil (29 anni), un maschio di 20 anni (attualmente disoccupato) e una femmina di 11 anni. Lui è l'unico che lavora in famiglia.

Visto il clima disteso proviamo a domandare di Nabil e della sua infanzia. P. ci dice che quasi subito dopo la nascita di Nabil lui è partito per l'Italia, mentre lui era qui la moglie e la famiglia hanno abitato presso la casa paterna, dunque all'interno di una famiglia molto numerosa. Chiediamo qualche dettaglio sulla famiglia della moglie, ma non riesce a riferire molto, a parte che anche lei proviene da una famiglia molto numerosa, ma non ricorda quante persone siano o quante sorelle o fratelli la moglie abbia. Per quanto riguarda la storia di Nabil sembra ci siano stati problemi, non ben definiti, durante il parto. (La conformazione del viso e della testa di Nabil fanno pensare ad un parto con forcipe o ventose). Il padre racconta:

“Nabil ha sempre avuto problemi ed abbiamo visto tantissimi dottori per lui, sia in Marocco che in Italia. Fino a 7, 8 anni non riusciva a camminare per niente, aveva i piedi storti, verso l'interno e le sue gambe erano, come quelle di un morto, se le toccavi sembrava non passasse sangue al loro interno” (Ripeterà questa questa frase molte volte nel corso della conversazione). “Nabil sempre piangeva. Quanto aveva più o meno 7, 8 anni ha comincia a camminare piano piano, si appoggiava, tipo appoggiava al muro. Quando è arrivato a 7, 8 anni ha cominciato anche a parlare, molto tardi, piano piano”.

Andava a scuola, accompagnato in macchina dal fratello del padre. Cerchiamo di domandare se si sono rivolti a qualche “guaritore tradizionale” e domandiamo anche più esplicitamente se siano rivolti a qualcuno che fa riti con i versetti del Corano. Il padre ci dice che non si sono mai rivolti a “quelli che usano il Corano”, ma sono andati invece una volta da una donna molto anziana, di circa 90 anni, che pratica quella che il padre definisce, traducendo letteralmente dall'arabo, una “medicina fredda”. Questa donna sembra abbia toccato più volte il corpo di Nabil con una scarpa e P. riferisce che dopo questo trattamento ci siano stati notevoli miglioramenti: “è per questo che ha cominciato a camminare”. Stando ai ricordi di P., Nabil ha frequentato in Marocco le scuole fino

alla quinta elementare, ma poi visto che è stato bocciato tre volte ha dovuto lasciare la scuola. Il padre dice ripetutamente “*lui non ha mai vinto, mai*” riferendosi al fatto che non è mai stato promosso. Arriva in Italia con ricongiungimento familiare nel luglio 2001, a 18 anni. P. sostiene che Nabil ha cominciato a stare bene (intendendo probabilmente a camminare e parlare bene) a partire dai 17, 18 anni.

A questo punto Nabil prende la parola, anche su nostra più esplicita sollecitazione. P. comincia a tamburellare sul tavolo con aria noncurante, continuando a volgergli le spalle e a non guardarlo.

Nabil parla con in un italiano semplificato, con inflessioni gergali, ma la comunicazione avviene senza problemi. Sostiene di non ricordare nulla del periodo in Marocco, ci sono troppi brutti ricordi che vuole dimenticare e preferisce guardare avanti. In Italia ha fatto diversi corsi professionali, tra cui il primo come saldatore, ma afferma che non andava bene per lui, visto che non ha forza nelle mani. Ci racconta anche brevemente delle sue esperienze lavorative. Dice che il lavoro che preferiva era quello di giardiniere, comincia poi a parlarci dei conflitti che ha avuto sul lavoro, in tono piuttosto recriminatorio e aggressivo. Sostiene di essere una persona buona, ma che non accetta provocazioni o mancanze di rispetto. Gli episodi successi vengono presentati come situazioni in cui gli altri lo aggrediscono pesantemente (sostiene che nella ditta in cui faceva le pulizie hanno cercato di molestarlo sessualmente, mentre nella cooperativa dove è stato successivamente impiegato è stato minacciato con un cacciavite da una persona che aveva la chiara intenzione di ammazzarlo). Nabil ci tiene a precisare di essere una persona che in questi casi non abbassa la testa, esige rispetto e dunque reagisce. Dal suo racconto emerge quale la vittima assoluta di queste situazioni ingiuste. Inoltre è molto critico nei confronti degli assistenti sociali (e in generale degli “*italiani delle istituzioni*”), che, sostiene, non gli credono, danno sempre la colpa a lui, ascoltano le “*balle*” degli altri e pensano che sia pazzo. Afferma di essere molto scocciato per tutto. In effetti durante la conversazione mantiene un tono tra il dimesso e l'indignato.

P. commenta che: “*lui non sa stare zitto, capisci, tu devi stare zitto quando succedono queste cose, lui invece litiga sempre, se fai così, come lavori? Ma tu pensi che con me non succede, quante volte? Però devi imparare a stare zitto*” e Nadil “*Ma quale zitto, gli spacco la faccia a quello, guarda io sono tanto... buonissimo, ma tu a me non mi devi fare arrabbiare, non mi devi mancare di rispetto, perché io non capisco più niente*”, interviene R. “*ma Nadil, capita a tutti di avere problemi con le persone, non è che adesso possiamo spaccare la faccia a tutti*” Nadil “*te l'ho detto io sono una brava persona, non manco di rispetto a nessuno, se posso aiutare aiuto tutti, tutti capito, ma non mi devi mancare di rispetto a me*”.

Chiediamo al padre se a casa è tranquillo e P. dice di sì. A casa è sempre tranquillo, se si arrabbia un po’ “*per esempio se torna a casa e sua mamma non gli ha preparato da mangiare si ritira nella sua stanza a guardare la tv*”. Per il resto, esce a fare dei giretti o a giocare a pallone con gli amici. Anche Nabil racconta di avere degli amici, ci dice anche che questi amici a volte cercano di calmarlo nei momenti in cui perde la pazienza e diventa nervoso. Gli chiediamo se ha qualcuno con cui confidarsi nei brutti momenti e lui si definisce come un “*lupo solitario*”, che preferisce risolvere da solo i suoi problemi.

Gli domandiamo delle voci e lui all'inizio sostiene di non averne mai avute, poi dice: “*si, due, tre anni fa, ma non ricordo*”. Sostiene comunque di non sentire voci ora, che erano come brutti sogni e basta. Non si riesce comunque ad approfondire questo argomento di cui è evidente che non voglia parlare. Riguardo alla terapia farmacologica prescritta, sostiene di assumere le compresse regolarmente, ma di non volere punture. Dice che ha fatto la puntura una volta e che non gli piace la maniera, aggressiva a suo dire, con cui l'infermiera gli ha fatto la puntura. Gli chiediamo se pensa

che le medicine lo aiutino e lui dice che pensa di sì, che lo aiutano a calmarsi. Il padre sembra preferire l'idea che gli facciano "la puntura", perché si fa una volta al mese ed è più pratico. Gli chiediamo quali sono i suoi progetti per il futuro, cosa gli piacerebbe fare e lui risponde solo "lavorare". In generale Nabil sembra una persona piuttosto semplice nei pensieri e nell'espressione, anche se padroneggia abbastanza bene l'italiano e segue abbastanza coerentemente la conversazione. Cominciano ad apparire entrambi piuttosto stanchi e quindi cerchiamo di chiudere il colloquio.

R. propone di rivederci insieme a tutta la sua famiglia. Il padre all'inizio appare in difficoltà davanti a questa proposta, dice che sua moglie non parla italiano e dunque sarebbe inutile convocarla. Diciamo che sarebbe possibile chiamare una mediatrice per lei. Alla fine sembra convincersi. Nabil reagisce male a questa proposta, dice che la sua famiglia deve essere tenuta fuori, che sono problemi suoi e anche che oramai ci siamo già spiegati tutto. Dice anche che se convochiamo la sua famiglia lui non si presenterà. Cerchiamo di spiegargli che prenderemo qualsiasi decisione solo se siamo tutti d'accordo.

Alla fine R. gli chiede di stringergli le mani per testare la forza della presa, dice. R. commenta che la forza nelle dita c'è e Nabil risponde: "Non sono mica morto..". Ci salutiamo, dicendo che li ricontatteremo per un eventuale altro colloquio con la madre e la famiglia (il padre ci dice che per un eventuale altro appuntamento preferirebbe il sabato).

Nel debriefing vengono affrontati alcuni punti:

- Il passato di Nabil precedente alla migrazione emerge come un vuoto di cui non ci vuole assolutamente parlare. La sua narrazione inizia a diciotto anni, a partire dalla sua migrazione in Italia. Solo dopo questa frattura netta sembra poter avere inizio una possibilità di pensarsi.
- Gli psichiatri commentano che non sembra rientrare nel quadro di una psicosi schizofrenica. Il suo è piuttosto un quadro paranoide, con pensiero persecutorio paranoicale, interpretatività e aspetti megalomani. Se si dovesse definire una sua età mentale, questa sarebbe intorno ai 13 anni.
- Appare una personalità semplice e non elaborata, che non riesce a percepire la necessità di negoziare con gli altri.
- Rimangono dubbi sulla presenza e sull'entità di un deficit cognitivo: quanto questo influisce sulla possibilità di un progetto esistenziale-emotivo?
- Rimangono dubbi anche sull'invalidità come un fattore strumentale per ottenere risorse, oltre che sul suo peso nel plasmare l'identità di Nabil e la sua capacità di pensarsi in rapporto al contesto circostante e al futuro.
- La madre è forse l'unica persona che può chiarire meglio il passato di Nabil precedente la migrazione, anche se in presenza del padre molto probabilmente non si esprimerà con facilità.
- Occorre dunque pensare delle strategie nel colloquio per fare emergere la narrazione della madre, cercare di valorizzare quello che la famiglia ha fatto per il figlio e comprendere meglio cosa pensano di lui e della sua malattia.

Primo incontro con la famiglia

L'incontro con la famiglia viene fissato senza la presenza di Nabil, come da lui richiesto. La preparazione è stata abbastanza complicata e ci rendiamo conto che le relazioni familiari sono uno spazio problematico non facile da esplorare. L'appuntamento con la famiglia è fissato alle 16.30 del sabato come richiesto da P., e quindi dobbiamo trovare uno spazio che non è quello abituale della consultazione. All'incontro è presente A. la nostra mediatrice culturale, con cui discutiamo il caso nel viaggio all'ambulatorio. A. ci racconta dei berberi del nord del Marocco, di un'area secondo lei molto tradizionalista in cui il ruolo degli uomini è molto forte, non si sorprende del fatto che la madre di Nabil non sia mai apparsa nel contatto con i servizi, pensa che potrebbe essere difficile comunicare liberamente alla presenza del marito ma che allo stesso tempo un incontro tra donne non sarebbe pensabile senza l'autorizzazione del marito stesso. Secondo A. tutta la regione è molto legata alle tradizioni ed anche alla medicina tradizionale, il ricorso alle curatrici professionali ed anche ai santi è molto frequente. Inoltre, sempre nella interpretazione di A. la malattia mentale o gli handicap in quelle zone sono molto stigmatizzati, sono una vergogna per la famiglia e quindi i problemi psichici possono essere minimizzati o negati a favore di sintomi somatici oppure le persone malate possono essere segregate e tenute nascoste alla comunità. Arrivati nel luogo dell'incontro con largo anticipo, sistemiamo le sedie in modo da ricreare il setting circolare, discutiamo di come collocare A. vicino ad M. la madre di Nabil, A. sostiene che automaticamente sarà a M. a sedersi vicino a lei e non c'è bisogno che ce ne occupiamo noi. Recatici nel corridoio per prendere un caffè al distributore automatico inaspettatamente incontriamo Nabil che subito esprime il suo fortissimo dissenso all'incontro cominciando concitato ad urlare la sua contrarietà. La presenza e la reazione di Nabil ci lasciano alquanto stupiti e abbastanza a disagio. R. con fermezza e calma dice che l'incontro si può anche non fare e che noi, comunque, avremmo atteso nella stanza.

Entriamo nella stanza e Nabil sempre più agitato ci segue. Non vuole che l'incontro con la sua famiglia si realizzi, non vuole che la si interPELLI in relazione a lui ed alla sua vita. Con una forte concitazione urla, inveisce contro l'assistente sociale: *"Non fa il suo lavoro"*, vuole che lo si lasci stare *"lasciatemi stare, voglio che mi lasciate in pace"*, *"dovete lasciare in pace la mia famiglia, la mia vita sono fatti miei"*. Sottolinea spesso, però, che non ce l'ha con noi: sa che il nostro lavoro è buono, seguita a dire, ma inveisce confusamente contro i servizi, l'assistente sociale e l'incontro di oggi.

R. prova diverse strategie di mediazione, cerca in maniera molto calma di spiegargli gli scopi dell'incontro, gli ricorda gli accordi che avevamo preso nell'incontro precedente, Nabil non cede, a quel punto R. gli comunica che appena arrivata la sua famiglia, ne avremmo parlato insieme ed eventualmente avremmo chiuso l'incontro subito. Nabil è agitato, resta in piedi attaccato al muro mentre noi siamo seduti disposti in cerchio.

La famiglia arriva nell'atrio. R. esce per accoglierla, comunica che Nabil è contrario all'incontro ma nel frattempo tutti i familiari entrano, cominciano le presentazioni, le strette di mano, prima il padre, poi la madre e le due sorelle, prendono posto nel cerchio, M. in effetti si siede accanto ad A. senza la minima esitazione. Cerchiamo di capire, anche dalla famiglia, i motivi per i quali Nabil è così agitato e contrario all'incontro. A. traduce alcune domande ad M. dalle quali emerge solo che Nabil non ha piacere di parlare di sé stesso e del suo passato con tutta la sua famiglia, cosa che lui sta intanto urlando alle nostre spalle.

Il suo stato di rabbia, all'improvviso, esplode in un pianto aperto davanti a tutti. R. si alza, gli si avvicina e gli mette una mano sulla spalla: *"Dai, Nabil, vieni a sederti con noi così ne parliamo"*.

Nabil continua a rifiutare ogni tipo di mediazione e riprende con tono aggressivo il filo dei suoi pensieri ripetendo continuamente gli stessi concetti, che deve essere lasciato in pace che la sua famiglia non c'entra.

Noi siamo impegnati a patteggiare con Nabil e intanto A. prova a fare qualche domanda sul parto alla madre. Chiediamo ad A. di attendere, è necessario gestire Nabil prima di poter chiacchierare.

Nabil gira su un lato della stanza, si dirige verso la porta, grida in arabo alla sua famiglia di andarsene, rivolgendosi in tono autoritario alla madre e alle sorelle, poi resta fuori dalla porta un minuto e rientra polemizzando; prende il suo telefono cellulare e chiama davanti a noi i carabinieri per fare una denuncia, non sa però dire dove si trova e quindi esce per controllare il nome dell'ambulatorio. Torna dopo poco, ancora molto aggressivo. Il padre ci guarda con aria rassegnata, la mamma sembra triste, la sorella piccola lo guarda e ride, la grande non sembra preoccupata.

Ipotizziamo che il problema può essere un imbarazzo nel parlare di sé di fronte alle sorelle. Gli proponiamo di far restare nella stanza solo la mamma, spiegando ad Nabil che lei è l'unica che può raccontarci gli anni dell'infanzia. Nabil ribadisce che il padre è l'unica presenza legittima e autorizzata a restare, pensiero in totale contrasto con la sua manifesta aggressività verso il padre. Nonostante ciò invitiamo solo le sorelle a uscire.

La situazione non cambia, Nabil ora è rannicchiato, appoggiato al muro con il telefono in mano e cerca di ostacolare i nostri tentativi di comunicare con i suoi genitori. Chiediamo alla madre alcune notizie sul parto, lei racconta che è avvenuto in clinica, non ha avuto alcun tipo di complicazione e che non è stato usato alcuno strumento (noi pensavamo al forcipe vista la conformazione del viso e della testa di Nabil). Fino ai 4 mesi Nabil è rimasto con le gambe contratte al petto, non riusciva a stenderle. Ha iniziato a camminare e a parlare molto tardi. E' stato visitato da alcuni medici in Marocco, ma non ricordano quale sia la diagnosi, la mamma riferisce che qualche medico diceva che aveva un problema alla testa. Da bambino era parecchio agitato e nervoso, piangeva molto, gli capitava spesso di rimettere subito dopo, cosa che succede spesso anche ora. Non abbiamo modo di approfondire perché Nabil manifesta nuovamente il suo disagio. Mr. inizia una lunga e decisa contrattazione con lui, chiedendogli di fornirci delle indicazioni precise sul possibile svolgimento dell'incontro e della chiacchierata con la madre, altrimenti la smettesse di disturbare. Nabil non è interessato a mediare, cerca di spostare il discorso sul suo lavoro, sulle sue incomprensioni con B. e ci racconta di nuovo molti degli avvenimenti che ci aveva raccontato la volta precedente. Accusa l'assistente sociale di essere lei la responsabile della sua perdita del lavoro, ribadisce di non avere fiducia in lei perché sente di non avere credibilità ai suoi occhi. Dichiaro con fermezza che vuole lavorare, che è andato in diversi comuni per fare delle domande di lavoro e che aveva già provato a fare la stessa cosa in molti altri comuni nella provincia di Bologna.

Inaspettatamente, pur nella caoticità dell'incontro la madre di Nabil cerca di comunicare con A., comincia a parlare sottovoce manifestando la sua voglia di raccontarsi: consiglia ad A. di organizzare null'altro incontro in futuro ma all'insaputa di Nabil per poter parlare con più tranquillità. Parla anche un po' di Nabil, come A. ci racconterà alla fine dell'incontro.

Chiediamo ai genitori se Nabil è così anche in casa, la risposta è affermativa. Con una prospettiva diversa da quella emersa dall'incontro con gli operatori nella riunione precedente, il padre racconta delle loro litigate per la tv accesa fino a tardi, *“ad alto volume, non fa dormire nessuno in casa, io devo andare a lavorare”* o per le sue uscite serali in centro con brutte compagnie (il padre parla di drogati) e sottolinea amareggiato la pesantezza della situazione che sta compromettendo anche il suo stato di salute:

“devo prendere le medicine per la pressione e per il cuore, e spesso devo prendere

anche le medicine per il mal di testa sono stanco e devo mantenere in casa un figlio così che ha 30 anni. Anche io sono arrivato al livello della malattia, anche io non ce la posso fare”. “Abbiamo sempre cercato di tenerlo in casa perché quando esce fa sempre dei casini. Quando lui ha cominciato ad essere grande ha cominciato ad uscire ed a litigare, e da lì a fare sempre più casini.”

La conversazione si sposta su alcune richieste del padre su possibili interventi attuabili. Per P. ci sono 2 soluzioni: *“io non voglio più vederlo a casa, lo portate via ricoverato anche un anno gli fate tutte le medicine, o date più soldi per mantenerlo”*. P. Chiede se è possibile aumentare l'importo dell'assegno mensile d'invalidità, se per lo meno per questa condizione potesse avere un indennizzo. Gli spieghiamo che Nabil è certificato invalido al 100%, prende già il massimo e che in Italia esiste solo un'integrazione, l'assegno di accompagnamento, che viene dato alle persone allettate senza alcun tipo di autonomia. P. sottolinea come Nabil non è in grado di cucinare né di far niente in casa; gli spieghiamo che questo non basta. Seguita a dire che le medicine potrebbero aiutarlo se le prendesse e ipotizza un ricovero mentre parla in arabo con A. e la moglie. Proviamo a dirgli che la situazione ci sembra molto complessa, capiamo che ci vuole molta pazienza, stiamo sperimentando, infatti, sulla nostra pelle la difficoltà di interazione e di dialogo con Nabil che intanto continua a essere fermo sulle sue posizioni, accovacciato in un angolo, difendendosi e tentando di chiamare *“il mio avvocato ed adesso vi faccio vedere io”*. Di tanto in tanto si rivolge in maniera sgarbata in arabo al padre che non mostra segni di reazione. R. cerca di spiegare al padre che per aiutare Nabil sarebbe necessario un lavoro in sinergia tra noi, famiglia e servizi, vista la problematicità della situazione. Nessuno, separatamente, otterrebbe dei buoni risultati.

Vista la situazione e la difficoltà nel condurre l'incontro con le limitazioni imposte da Nabil, decidiamo di chiudere comunicando che questo sarebbe quello che avremmo riportato ai servizi.

Appena usciti A. dice che le sembra sia una situazione difficile, ci riferisce i contenuti dei loro scambi in arabo che non era riuscita a tradurci sul momento vista la caoticità dell'incontro. Da quello che A. ha capito, prima dell'incontro c'era stata una lite in casa, P. ed Nabil avevano litigato e P. aveva minacciato Nabil dicendogli che sarebbe andato all'incontro con i medici per farlo rinchiudere, per farlo cacciare da casa. Da questo capiamo l'agitazione e la contrarietà di Nabil. Rileggiamo la sua scarsa disponibilità a mediare, ripensiamo allo svolgimento dell'incontro e a cosa avremmo potuto fare alla luce di questi elementi. A. dice che è evidente che la madre si trova tra due fuochi e che non ha strumenti per agire, si trova a mediare tra i due ma spesso è anche costretta a subire da tutti e due. Inoltre per via dello stigma che esiste in Marocco nei confronti dei figli malati (A. dice che avere un figlio malato è una vergogna, che il figlio malato è della madre, mentre se è sano è del padre), viene chiamata in causa come responsabile della situazione. M. dice che *“Nabil ha un problema alla testa, ma è come se il padre negasse.”*

Allo stesso modo per A. è evidente che P. non ha un rapporto profondo con Nabil, visto che il figlio malato è della madre cerca solo di fare il padre rigido che gli impone dei limiti (*non andare con amici drogati, non tornare tardi, spegni la tv che io pago le bollette*), è molto stanco e stufo della situazione. Ha visioni ambivalenti e contrastanti sul figlio, lo dichiara incapace di lavorare ma nello stesso tempo è molto arrabbiato perché non lavora.

Durante l'incontro, in molti momenti, Nabil ha risposto male in arabo al padre (*“Vai pure a fare il cagnolino degli italiani”* in arabo, ha detto a un certo punto) e A. sostiene che è probabile che a casa il padre lo picchi e lo minacci.

Rimangono ancora dubbi sull'uso strumentale dell'invalidità di Nabil da parte della famiglia come elemento per accedere a risorse economiche. Nabil dice più volte *“voi vivete in questa casa grazie*

a me”.

Ci troviamo tutti d'accordo sull'evidente ritardo cognitivo di Nabil, rileggiamo insieme i referti della neuropsichiatria che aveva fatto un valutazione poco dopo il suo arrivo in Italia. Ci interroghiamo sulla diagnosi di “neurodermite compatibile con il ritardo motorio del paziente” che emerge dai referti. Nabil senza cappellino presenta un viso quasi deforme. Continua a rimanere oscuro il suo passato in Marocco e pensiamo che sia opportuno sfruttare l'invito della madre a fare un altro incontro all'insaputa di Nabil.

Tuttavia non ci sembra sia possibile organizzare un incontro solo con lei, in quanto sembra molto dipendente dalla volontà del marito. Pensiamo sia opportuno proporre un altro incontro con loro e la mediatrice nella speranza che la madre possa trovare lo spazio necessario per i suoi racconti.

Secondo incontro con la Famiglia di Nabil

R. è riuscito a prendere un appuntamento con P. e M. comunicando direttamente con P.

L'incontro viene organizzato di Sabato quando Nabil ha un altro impegno ed il padre non lavora. Il setting è stato preparato come al solito disponendo le sedie in cerchio, avendo cura di provvedere a collocare A. la vicino ad M. (ma abbiamo visto che rispetto a questo non ci sono problemi organizzativi.)

Prima dell'incontro discutiamo di cosa vogliamo far emergere: il passato in Marocco, le loro condizioni di vita e l'infanzia di Nabil, dando spazio ai racconti della madre che lo ha accudito, mappare se possibile le relazioni familiari.

P. ed M. arrivano puntuali all'appuntamento, entra prima il padre che fa strada, seguito dalla madre.

Dopo un primo scambio introduttivo e di convenevoli, gli spieghiamo che speriamo in quest'incontro di riuscire a parlare in tranquillità dell'infanzia di Nabil e del loro passato in Marocco. Il padre è infastidito e scocciato, ci dice che è stufo di parlare sempre delle stesse cose a ogni incontro dice: “è sempre lo stesso disco”; gli spieghiamo che ci sembra opportuno coinvolgere e ascoltare sua moglie visto che lei ha vissuto a stretto contatto con Nabil in quegli anni. Visibilmente scocciato, dopo poco, acconsente che lei parli con gesto di autorizzazione del capo e della mano, come a dire “avanti puoi parlare”. Chiediamo quindi di raccontarci e di ripercorrere la storia di Nabil dalla sua nascita. A. traduce e dialoga in arabo con M.

Nabil è nato in un ambulatorio poco attrezzato in un paesino vicino a Daskara, quando il padre ancora era in Marocco, il parto non ha avuto complicanze, ma appena nato Nabil non ha mangiato per 7 giorni. La mamma e la suocera hanno fatto vari tentativi di nutrirlo, ma senza risultati: la madre non è mai riuscita ad allattarlo al seno e ha vissuto momenti di forte preoccupazione. Nabil non riusciva ad allungare le gambe, le teneva piegate vicino al petto. Era spesso molto agitato, piangeva sempre ed era molto geloso dei fratelli; spesso la mamma era costretta a prendere lui in braccio e a lasciare a terra gli altri.

Hanno consultato vari medici, ma il racconto sui responsi non è molto chiaro: sembra che un medico gli abbia prescritto una medicina per calmarlo perché era molto agitato e si arrabbiava spesso. Dichiarano, inoltre, che i diversi medici e specialisti consultati a Daskara e dintorni non sono riusciti a fare una diagnosi precisa e hanno ipotizzato che fosse stato toccato da un Jinn.

Non ha camminato fino a quando, a sei anni, l'hanno portato da una signora anziana che con uno zoccolo gli ha toccato le gambe e da quel momento ha iniziato a camminare, prima appoggiandosi al muro e poi acquisendo sempre più autonomia.

Questa anziana signora sosteneva che non arrivasse il sangue alle gambe e che era necessario compiere un rito. Aveva ipotizzato che questi erano i sintomi di uno toccato dai Jinn, quindi aveva predetto che anche se avesse iniziato a camminare, avrebbe comunque avuto per tutta la vita un deficit alla vista. La previsione, per la madre, è stata reale: Nabil non ha un deficit di vista, ma parimenti ne ha sviluppato uno cognitivo. La madre seguita il racconto spiegandoci che Nabil ha proprio i sintomi di uno toccato dai Jinn perché non si lava: può restare anche una settimana senza lavarsi.

Ha iniziato a parlare tardi dopo che ha iniziato a camminare, fino all'età di 11/12 anni non diceva parole chiare e non riusciva ad articolare frasi compiute.

Fr. chiede se hanno delle spiegazioni sul perché i Jinn abbiano toccato proprio Nabil, ma loro ci spiegano che in merito non hanno alcuna risposta.

Hanno conosciuto altre persone toccate dai Jinn, ad alcuni succede nell'infanzia, ad altri già in età adulta. Ha cominciato ad andare a scuola a 9/ 10 anni, è stato inserito in prima elementare dove, però, c'erano bambini di diverse età: alcuni avevano iniziato tardi, altri erano stati bocciati. E' rimasto 5 anni nella scuola elementare sempre in prima, la sua insegnante ha avuto un ruolo importante e di sostegno, perché ha capito la problematicità di Nabil e ha lavorato sulla classe per inserirlo, aveva un buon rapporto con gli altri bambini. Ogni tanto l'insegnante lo portava a casa in bici. Ha imparato a leggere e scrivere in arabo con grosse difficoltà. Arrivato in Italia ha imparato a leggere e scrivere in Italiano, dimenticando l'arabo.

Il padre ci spiega che in Marocco non c'è possibilità di certificare e diagnosticare le patologie per avere un sostegno e aggiunge che un santo ha creato un luogo, che ora accoglie la sua tomba, dove vengono portate le persone più complesse e ingestibili. Le famiglie disperate che non riescono più a gestire i loro parenti li portano lì, per quelli posseduti da Jinn violenti è prevista la contenzione con catene.

In Marocco la madre è stata aiutata ad accudire Nabil dalla suocera e dal fratello del marito, col quale Nabil aveva instaurato un buon rapporto; lo zio, infatti, riusciva a gestire Nabil nei momenti di aggressività, lo portava via dalle situazioni e cercava di calmarlo. Fin da piccolo è stato intollerante alle direttive: la madre aggiunge che era buono, ma molto aggressivo con chi lo provocava. I vicini e i conoscenti stretti sono stati molto comprensivi.

Da piccolo gli piaceva giocare a pallone e andare in bici, cose che ha potuto permettersi solo dopo che lo sviluppo motorio si è stabilizzato. La passione per il pallone ha potuto svilupparla qui in Italia: rimane spesso fuori a giocare a calcetto con degli amici.

Prima di iniziare a camminare, Nabil ha vissuto sempre in casa. Chiediamo in maniera esplicita perché Nabil si rifiuti sempre di parlare degli anni trascorsi in Marocco, la madre ci risponde che non è successo niente di particolare, ma forse porta dentro una grossa sofferenza per le umiliazioni e la vergogna che ha subito nel doversi confrontare con gli altri bambini.

Ci raccontano che quando è arrabbiato è solito dire che la sua famiglia l'ha umiliato, cosa che loro non vivono come un attacco specifico e personale, ma come un suo modo di fare. Ci dicono: “è spesso arrabbiato con qualcuno” (famiglia, sorelle, persone esterne..). Il problema della famiglia di Nabil, oggi, è che non riescono a “fermarlo”. Il padre racconta di un giorno in cui gli aveva proibito di uscire perché nevicava, ma lui era uscito ugualmente e il padre aveva dovuto cercarlo e l'aveva trovato sotto un ponte. I genitori sono molto spaventati dal non avere controllo, nè idea di come Nabil spenda le sue giornate: resta in casa la mattina, all'una esce e non sanno cosa fa, neanche l'autorità di suo padre lo ferma e lo intimorisce.

Chiediamo ai genitori che cosa pensano di lui e come lo vedono. Il padre dice che è una persona che

non può fare niente e che non è capace di fare progetti per il futuro. A suo parere, non sa neanche risparmiare i soldi che percepisce.

C'è stato un periodo in cui le cose andavano meglio, in casa era più tranquillo ma ricevevano delle telefonate dal lavoro per segnalare che era agitato. Il padre ribadisce che Nabil rifiuta l'autorità in generale: anche a lavoro, se il padrone gli dà degli ordini, lui obbedisce solo se in quel momento ne ha voglia. In alcune situazioni si offende se gli viene detto di fare qualcosa.

Chiediamo alla famiglia se sanno come Nabil si immagina nel futuro, se lo hanno mai sentito parlare di progetti o desideri. Il padre ribadisce che Nabil non pensa al futuro e non fa progetti; parla poco di sé e non è mai capitato che abbia menzionato qualche desiderio in particolare. Gli è piaciuto molto il primo lavoro: si è occupato, isolato dagli altri, del giardinaggio. Nabil ha degli amici italiani che frequenta spesso, il padre riferisce anche di un ragazzo con cui stava sempre, ragazzo definito "matto come lui", perché è stato visto diverse volte raccogliere delle carte per strada.

R. torna sul discorso delle voci, chiede se Nabil ha mai raccontato di sentirle o se l'hanno visto interagire con esse. Il padre spiega nuovamente che Nabil gli ha raccontato di aver sentito delle voci e che vedeva un uomo che veniva a parlargli fino dall'età di 5 anni. Con la famiglia non ne parla mai, la madre riferisce che con loro non è mai successo e il padre aggiunge che ogni tanto capita di sentirlo ridere fragorosamente davanti alla tv in piena notte.

Per potenziare l'agentività di Nabil in un modo a lui consono, Ar rilancia il tema del lavoro, unico desiderio manifestato da Nabil per il suo futuro.

Nabil ha più volte ribadito che vuole un lavoro, il padre riferisce, infatti, che è una sua esigenza. Aggiunge che, però, le continue visite all'ultima cooperativa, dopo il suo allontanamento, non possono essere considerate come attaccamento al lavoro ma come una voglia di rivalsa, in quanto riteneva che ci fosse stata un'ingiustizia, dal momento che era stato l'unico a cui avevano sospeso la borsa lavoro.

Secondo P., Nabil potrebbe anche accettare un altro lavoro, ma sarà sempre incapace di salvaguardarlo.

La famiglia non conosce i dettagli su cosa sia accaduto alla cooperativa, l'assistente sociale gli ha riferito del litigio con due persone, cosa di cui Nabil non ha voluto parlare né dare spiegazione alla famiglia.

Per un periodo ha preso i farmaci (3 anni circa), si alzava tranquillo e non stava davanti alla televisione fino a tardi. Però, dal momento che si sentiva addormentato durante il giorno, ha sospeso la terapia: voleva essere più attivo. Era la madre a ricordargli di prendere la terapia e lui non sempre era ben disposto. Ha, infatti, un brutto rapporto con le terapie: anche quando sta male va dal medico, compra le medicine che gli vengono prescritte, ma poi non le prende. Il padre dice che è difficile che accetti di prendere una terapia adesso e che gli sembra impensabile provare a fare dei tentativi per individuare la terapia giusta. Inoltre ha paura delle punture.

Chiediamo alla famiglia, vista la situazione, se avrebbe senso pensare a una figura che possa affiancare Nabil e insegnarli a stare nelle situazioni. Il padre risponde in maniera entusiasta e affermativa, ribadisce che sarebbe necessario un professionista che sappia come trattarlo e gestirlo. Sottolinea, inoltre, che la proposta debba essere negoziata con Nabil e che tutto venga fatto nascondendogli che loro ne sono già a conoscenza. Ci rendiamo conto fin da subito che l'ipotesi di trovare un educatore per Nabil può essere azzardata rispetto alle risorse e alla situazione in cui si trovano oggi i servizi. Mr. chiede, quindi, se hanno idee e ipotesi da suggerire nell'eventualità che non sia possibile trovare un educatore. Il padre ci dice che sarebbe funzionale mettere Nabil per

cinque, sei mesi in una struttura dove può essere seguito sia a livello educativo che farmacologico, in modo che può, in quell'arco di tempo, imparare le regole della convivenza e tornare a casa educato e più tranquillo. Gli spieghiamo che non esistono ospedali psichiatrici e strutture chiuse, e che quelle esistenti, accolgono i pazienti per breve tempo e prevedono che il paziente sia consenziente della sua permanenza. “*Nabil ci starebbe un giorno*”, dice il padre, sorridendo.

Gli chiediamo se oltre ai servizi inviati si siano rivolti a qualcun altro e loro ci dicono che non hanno fatto ulteriori consultazioni. Non hanno chiesto aiuto nemmeno ai loro connazionali, ci rimandano un'idea di isolamento e sconnessione rispetto alla comunità marocchina bolognese. Questa affermazione è, però, in contrasto con le domande che hanno rivolto ad A. alla fine del nostro incontro: il padre le ha chiesto se lei era la moglie di X e se abitava in montagna. A. ci dice che dopo il primo incontro devono aver indagato e chiesto ad altri informazioni sul suo conto. Il padre chiede se sia possibile avere un assegno di mantenimento per la moglie, perché è costretta a fare la casalinga e non può cercare lavoro per colpa di Nabil. R. spiega che esiste l'assegno di cura ma è solo per persone anziane. Il P. desiste e ci dice che non capisce il motivo per il quale un educatore, per seguire Nabil venga pagato e la madre che è costretta in casa non riceva lo stesso trattamento.

Riportiamo la discussione sul da farsi per Nabil. Pensiamo che il primo passo sia fare in modo che Nabil abbia fiducia in qualcuno, instaurando una buona relazione e che a seguito di questo possano subentrare altre figure che possano supportare la situazione e la famiglia (un medico per aggressività e angoscia, un educatore, un assistente sociale). È necessario parlare con Nabil e lavorare con lui per stabilire una relazione, tenendo il lavoro come terreno di contrattazione.

Il padre dice che Nabil ha più fiducia nello psichiatra che nell'assistente sociale e che il gruppo di consultazione può essere il tramite con l'ipotetico educatore.

Decidiamo di chiudere l'incontro con l'idea che a breve avremmo contatto Nabil e parlato con i servizi. Li ringraziamo per la disponibilità, il padre sembra quasi soddisfatto, A. gli dice che ripercorrere insieme la storia di Nabil è servito proprio a formulare delle ipotesi concrete sul da farsi. La famiglia ci saluta e invita A. a casa loro, lei ci dice che l'ha sentito solo come un invito di cortesia.

Durante il debriefing viene discusso brevemente il percorso di Nabil, le difficoltà nell'ipotizzare una diagnosi e nel immaginare che cosa può essere realmente successo negli anni in Marocco:

Resta per esempio il dubbio sulle sue condizioni di ritardo se dovute a problemi biologici o ambientali, quello che viene rimarcato è che, sebbene Nabil raggiunga con grande difficoltà una competenza linguistica con l'arabo, con facilità e in età adulta apprende l'italiano. Altra questione è il carico assistenziale (il care-giving) che pesa tutto sulle spalle della famiglia, con l'impossibilità di riconoscere a questo onere una valenza formale nello spazio di cura, anche attraverso un eventuale compenso economico. Si discute anche della condizione di isolamento della madre, oltre che alla difficoltà di gestione delle dinamiche familiari. Rileviamo come un intervento sensato dovrebbe prevedere una presa in carico non solo di Nabil ma di tutti i componenti della famiglia, in modo da ristabilire una dinamica relazionale migliore e liberare delle risorse che potrebbero esse positive anche nella gestione di Nabil.

Proponiamo quindi di incontrare i servizi inviati per una prima restituzione e cercare con loro uno spazio di mediazione che coinvolga tutta gli attori in gioco.

Secondo incontro con gli inviati

L'incontro ha l'intento di fare il punto della situazione rispetto alle prime considerazioni emerse dai nostri incontri con Nabil e per capire quali risorse e strategie possono essere attivate dai servizi.

R. ha il compito di riassumere il contenuto degli incontri svolti con Nabil ed i familiari, riportando le tappe della sua storia e condividendo le informazioni sul suo passato in Marocco raccontate dalla madre. R. si sofferma sul ruolo di negoziazione del padre che specie nel primo incontro ha dato l'impressione che fosse venuto a negoziare con i servizi. Psi. interviene specificando che all'inizio della loro presa in carico, Nabil non sapeva parlare l'italiano ma che, progressivamente, anche a seguito di alcuni corsi di alfabetizzazione, ha acquisito maggiore autonomia e capacità di espressione.

E', infatti, il padre a portarlo ai servizi presentando indagini cliniche della clinica neurologica.

Secondo Psi., in quel periodo, Nabil aveva angosce riferite al corpo, ipocondria e aspetti allucinatori sul corpo; andava spesso al pronto soccorso perché aveva dolori di stomaco, per questo P. avvia la pratica di richiesta dell'invalidità.

B. sottolinea che Nabil ha però sempre dimostrato di avere un gran senso dell'orientamento e una grossa capacità di capire come muoversi nelle cose; racconta di una volta in cui Nabil è riuscito autonomamente ad arrivare in un paese di montagna senza alcuna indicazione. Questa versione è in contrasto con la visione del padre che lo dipinge disorientato e non autonomo.

Spieghiamo ai servizi che Nabil è un caso complicato, che va seguito e che volevamo capire con loro quali risorse possono essere messe in campo in uno spazio di negoziazione anche con la risorsa famiglia. Spieghiamo che per il Centro è sensato pensare a un intervento educativo ad personam:

- trovare una figura capace di costruire una relazione significativa di fiducia e di tutoraggio;
- valutare la possibilità di inserimento all'interno in gruppi riabilitativi (sport per esempio);
- cercare di attivare una borsa lavoro.

Entrambi gli operatori dichiarano che le nostre proposte per quanto possano essere sensate, presentano problemi. Intanto emerge subito la preoccupazione di come individuare una figura di riferimento per Nabil, dal momento che le figure attuali di riferimento sono da lui mal viste ed è molto improbabile che ne possano subentrare altre, vista la carenza di risorse economiche ed il periodo di crisi.

Psi. poi si dimostra perplesso anche sul possibile inserimento all'interno di alcuni gruppi riabilitativi: è difficile che accettino al loro interno persone che non aderiscono alle terapie farmacologiche.

Rispetto alla borsa lavoro, B. interviene rimarcando il fatto che Nabil riesce a svolgere le mansioni e a stare nello stesso contesto lavorativo al massimo 2-3 mesi, per poi farsi terra bruciata intorno, e che il numero di posti dove può essere inserito non è infinito. Senza una stabilizzazione delle sue capacità relazionali è difficile riuscire a mantenere attive le borse lavoro.

A questo punto, Psi. riapre il discorso sulla diagnosi, dicendo che stiamo forse cercando di capire se si sta parlando di una personalità psicotica oppure antisociale e questo sarà determinante anche per

valutare la tipologia di proposte da fare. Secondo lui, infatti, è possibile pensare Nadil come una personalità antisociale in quanto non ha alcuna capacità di stare in situazioni di gruppo, manifestando aggressività e angoscia nell'interazione. Ipotesi che non trova d'accordo R., il quale sottolinea che Nabil non rifiuta l'incontro, piuttosto utilizza delle maniere difensive (scissione, negazione e proiezione) tipiche della sintomatologia psicotica.

Psi. propone allora di tentare insieme una ricostruzione condivisa della sua storia parlandogli apertamente e dicendogli che nel suo percorso alcune cose hanno funzionato e altre no (isolamento e angoscia in Marocco, migrazione, successi lavorativi, episodi d'aggressività)

R. insiste sul cercare di creare un'alleanza e di proporre a Nabil di aderire a un "pacchetto" che includa: terapia farmacologica, figura assistenziale e borsa lavoro.

Chiediamo a tal proposito di poter vedere Nabil un' altra volta per cercare di individuare il terreno per una negoziazione possibile.

A seguito di questo incontro abbiamo pensato a un incontro con Nabil, la sua famiglia, noi e i servizi per costruire un quadro condiviso e fare delle proposte concrete a Nabil

Ci lasciamo dicendo che a breve contatteremo Nabil per un appuntamento.

Durante il debriefing ci concentriamo principalmente sulle strategie di confronto con Nabil:

Decidiamo una scaletta in cui vogliamo grossomodo riassumere alcuni punti, ipoteticamente vorremo comunicare a Nabil una lettura positiva ed incoraggiante del percorso fatto fin'ora. Noi abbiamo ricostruito il suo passato, molto sofferente, ma abbiamo visto che ha anche fatto tanti passi avanti, ha imparato l'italiano, ha imparato dei lavori, è partito svantaggiato ma anche recuperato lo svantaggio fino a potersi relazionare con la società in modo più che soddisfacente. A questa constatazione vorremmo affiancare lo stimolo ad un esame di realtà, per analizzare in chiave propositiva cosa non sta funzionando. Nabil adesso ha raggiunto un buon livello, pur manifestando altri piccoli problemi risolvibili, comuni a molti altri ragazzi della sua età. Abbiamo anche capito le motivazioni della sua scenata durante l'incontro con la famiglia, ma volendo superare queste incomprensioni vorremmo riconoscere la sua autorità, chiedendo direttamente cosa farebbe lui a questo punto. Vorremo continuare lo stimolo a confrontarsi con la realtà, facendolo riflettere sulle risorse a disposizione. Un risultato importante ci sembra l'inserimento lavorativo, ma necessita di una sua mediazione, Nadil deve fare la sua parte. Abbiamo parlato con Psi. rispetto alla terapia e alla sonnolenza collaterale, riscontrando la disponibilità a cercare una terapia non sedativa. Partendo dal presupposto che Nabil è in grado di lavorare, ma non di mantenere gli impieghi, l'idea dell'adesione ad una nuova terapia potrebbe aiutare Nadir a gestire le relazioni in ambito lavorativo. Il tema del lavoro deve assolutamente essere affrontato perché gli impieghi scarseggiano sempre più e lui non riesce effettivamente a trovarli. Infine terminare l'esame di realtà, segnalando la difficoltà della famiglia nel relazionarsi con lui e il pericolo che deriverebbe da una rottura definitiva con essa.

Incontro con Nabil

Prima dell'arrivo di Nabil abbiamo discusso ripercorrendo i temi da fare emergere nell'incontro, viene ricreato il setting circolare. Nabil arriva puntuale, è cordiale, ma traspare un pò di agitazione, disagio. R. inizia come d'accordo. Fa solo un breve accenno alla vita difficile in Marocco, e Nabil interviene subito, infastidito, specificando che non vuole parlarne e che deve essere rispettato in questo. Non serve a niente secondo lui parlare continuamente del passato, bisogna agire. Lo ha fatto infuriare, infatti, la situazione della volta precedente in cui veniva chiesto del suo passato alla sua famiglia. R. si mostra comprensivo con la sua irritazione, perché a conoscenza della minaccia che il padre gli aveva fatto prima dell'incontro. Nabil conferma, e parla di un rapporto ormai rotto con il padre, fatto solo di minacce e insulti.

R. continua sulla situazione presente rispetto al lavoro, dove se da un lato ci sono stati eventi positivi, dall'altro certe condotte si sono rivelate inefficaci per la sua posizione. Nabil interviene dicendo che la responsabilità di ciò che è successo (liti con operatori e colleghi) non è mai stata sua, lui ha risposto solo alle provocazioni. Lui è *“un marocchino e quando un marocchino si arrabbia sono guai”*, tanto che non gli interessa delle conseguenze: *“Io prendo la motosega e basta, posso anche andare sulla sedia elettrica, non mi interessa”*. Nabil ha iniziato ad alterarsi dicendo che il problema è che gli altri lo provocano, lo fanno arrabbiare. Interviene Vr. spiegandogli, però, che la vita è fatta di eventi e situazioni spiacevoli per tutti, che bisogna trovare dei freni alla rabbia, altrimenti è difficile poter avere una vita sociale. Per questo lo invita a cercare una soluzione insieme a noi, a Psi. e B.. Nabil si mostra ancora più adirato, affermando di non voler più vedere né il suo psichiatra, né l'assistente sociale, perché responsabili della sua situazione. Dice che B. ha creduto alle falsità dell'operatore della comunità, rispetto alla lite che hanno avuto, e così è stato espulso dalla comunità. Ora lui con sofferenza si sente continuamente minacciato dal padre, perché è un peso per la famiglia. Così a casa non parla con nessuno, vive nella sua stanza.

Ha fatto anche richiesta con il suo avvocato per avere un altro assistente sociale, perché finché non troverà lavoro le cose non potranno migliorare. Vr. e R. lo mettono in guardia, in quanto è probabile, che sia una causa persa di cui l'avvocato ne sta approfittando. Non sembra infatti che ci siano possibilità di essere affidato ad altri. Nabil si mostra sorpreso, espone l'affidabilità del suo legale, ribadisce le sue posizioni volendo dare una immagine di sé forte, consapevole dei propri diritti. Più volte afferma la sua capacità di sapersi districare nella burocrazia italiana, perché lui e il padre hanno una grande esperienza.

R. inoltre, gli spiega come non sia responsabilità dell'assistente sociale, ma del direttore della comunità se lui è stato allontanato. Nabil inizialmente smentisce le affermazioni di R., per poi convincersi.

Allora R. lo invita, ad un tavolo di dialogo con i servizi e la sua famiglia, con l'obiettivo di raggiungere un accordo in cui i servizi si impegneranno a risolvere la sua collocazione lavorativa, in cambio di una sua collaborazione in termini di compliance terapeutica. Nadil accetta il supporto di Psi., dice che può provare a ricontattarlo, ma non accetta che il padre, e soprattutto la madre, si intromettano. Parla del padre con parole offensive. Tentiamo di fargli capire le ragioni del coinvolgimento del padre, dell'importanza di includere tutti gli attori importanti in questo processo. La figura del padre è però estremamente minacciosa per Nabil, tanto che si innervosisce molto, comincia ad agitarsi e se ne va sbattendo la porta. Rimaniamo per qualche secondo indecisi sul da farsi, poi memori del racconto di questa strategia di comportamento di Nabil con i servizi decidiamo di raggiungerlo. Vr lo segue ed infatti lo trova poco fuori dallo stabile dove Nabil era rimasto fermo ed in lacrime. Vr lo convince a tornare sui suoi passi, ed in 10 minuti ritorna nella sala della consultazione. Una volta tornato Nabil ribadisce la sua sofferenza e il suo disagio nei

confronti del padre, che lo offende e lo minaccia, lo intimorisce e lo umilia. Si rimette a piangere. E' pronto a collaborare, ma senza il coinvolgimento dei genitori. R. allora gli propone che la nostra funzione sia anche quella di mediazione tra lui e il padre, con l'intento di spiegare che è inadatto il suo comportamento verso il figlio. Nabil accetta. Si impegna quindi ad essere presente alla riunione con i servizi.

Incontro con Nabil ed i servizi

Nabil arriva in anticipo all'incontro, tanto da interrompere una nostra breve concertazione preliminare. Il clima non è disteso, Nabil è piuttosto a disagio e in difficoltà per la presenza dell'assistente sociale con la quale è in rotta.

Come già avevamo concordato con i servizi, a fronte della diffidenza di Nabil verso gli operatori, siamo noi a coordinare l'incontro e a fungere da mediatori tra lui e i suoi bisogni e i servizi e le loro possibilità. (Come emerso da riflessioni posteriori, la funzione di mediazione esterna e non schierata è stata una dei principali ruoli giocati dal Centro).

R. comincia tentando una sintesi dei rapporti di Nabil con i servizi, mettendo in luce le positività e le criticità mostrate nel gestire le varie situazioni.

Nabil sembra essere a disagio nell'ascoltare l'esposizione soprattutto per quanto riguarda il bilancio dei suoi atteggiamenti disfunzionali che hanno creato problemi e rotture. Infatti, prende parola più volte cercando di sviare l'attenzione dai suoi atteggiamenti per accusare invece l'assistente sociale di errori, noncuranze e ingiustizie. Dice, infatti, che è lei che ha deciso di sospendere la borsa lavoro e che non gli permette di avere accesso a nient'altro.

Siccome si era tentato, in altre sedute, di riportarlo alla "realtà dei fatti" e alle sue responsabilità sulle cause degli eventi senza alcun risultato, R. decide di non soffermarsi più ma di proporre e cercare insieme delle soluzioni che possano ad oggi offrire alternative valide.

Da un lato ciò che Nabil aveva espresso e manifestato come suo obiettivo-desiderio rispetto al futuro era quello di ritrovare un impiego che potesse garantirgli un minimo di autonomia economica (e implicitamente autonomia affettiva/economica dal padre), dall'altro i servizi preoccupati/restii nell'attivare un nuovo inserimento lavorativo dopo gli ultimi eventi, con idea di fondo che Nabil (e il suo comportamento disfunzionale) avrebbe riprodotto le stesse dinamiche anche nel nuovo contesto.

In più l'atteggiamento di reticenza dei servizi era anche determinato dalla volontà di voler *educare/punire* Nabil per i suoi atteggiamenti sul lavoro (visto che ti sei comportato così, ora non lavori).

A fronte di queste due posizioni, e come precedentemente concordato con entrambe le parti, il compromesso emerso per tutelare i servizi da un lato e garantire un'altra possibilità lavorativa a Nabil dall'altro, è quello di costruire un percorso di lavoro supportato dall'intervento farmacologico.

La terapia farmacologica è stata pensata dai servizi come unico e valido strumento per attenuare alcuni atteggiamenti disfunzionali al contesto relazionale lavorativo e anche come forma di tutela/legittimizzazione. Lo psichiatra di riferimento, infatti aveva più volte ribadito che senza la terapia, i gruppi riabilitativi si sarebbero rifiutati di tenerlo: " *bisogna prima di inserirlo in una*

situazione di gruppo, fare in modo che accetti la terapia, perché se crea casino e non prende la terapia mi verrebbero a dire che non possono farsene carico”

Per questo motivo è stato chiesto ad Nabil la disponibilità a ristabilire una relazione terapeutica con lo psichiatra e di aderire a eventuali terapie farmacologiche.

Nabil si mostra da subito disponibile ad accettare il compromesso, sostenendo che la relazione con lo psichiatra non gli ha mai causato problemi e che i farmaci hanno avuto in passato buoni effetti (versione contrastante rispetto ad altri incontri). Rimane più perplesso sulla necessità di doversi relazionare con B. per individuare una borsa lavoro e ribadisce nuovamente che vorrebbe cambiare operatrice di riferimento. Gli viene spiegato che il funzionamento del servizi non prevede alternative e che forse comunque dovrebbe ripensare le sue opinioni su di lei visti anche tutti gli sforzi che sta facendo per sistemare la sua situazione.

Anche B. interviene per smorzare i toni di un senso di incomprensione che non le sembra reale e dice ad Nabil che proveranno insieme a trovare una borsa lavoro, certa però che un reinserimento nel vecchio contesto lavorativo non è possibile.

Il clima si è intanto disteso a fronte di poche resistenze da parte di tutti, viene più volte ribadito ad Nabil dal Centro di Consultazione la necessità e il dovere tenere in conto delle attenzioni che si sono mosse nei suoi riguardi e la necessità di controllare di più i suoi atteggiamenti a rischio.

Sembra soddisfatto dell'incontro e prende appuntamento con Psi. per un colloquio, e successivamente con B.

L'incontro termina con la soddisfazione di tutti i partecipanti, la completa adesione di Nabil alla prospettiva terapeutica lascia stupiti sia noi che i servizi. Il ruolo di mediazione neutrale ha avuto successo nel creare uno spazio di confronto che stemperasse le difficili relazione tra i vari soggetti instauratesi nel corso del tempo. Rimane da verificare quanto l'adesione di Nabil, sia momentanea e quanto invece possa consolidarsi nel tempo, da verificare anche le ricadute di queste nuove relazioni sulla famiglia.

Relazione Psichiatrica su Nabil

La consultazione viene richiesta dalla Dott.ssa B., per difficoltà ingravescenti nell'adesione del paziente a progetti sia di inserimento lavorativo che terapeutici.

Gli incontri si sono svolti:

- *Con i referenti clinici e sociali [2 incontri];*
- *Famiglia del paziente: un incontro con il paziente ed il padre, un incontro con il padre e la madre (con mediatrice);*
- *Con Nabil Neqrouz [2 incontri]+ l'ultimo incontro di restituzione insieme al Dott. Psi. e Dott.ssa B. ancora da effettuare.*

a) *I referenti clinici e sociali ci informano che Nabil Neqrouz è arrivato nel 2000 per ricongiungimento familiare e dal 2001 è seguito sia dall'USSI sia dalla Neuropsichiatria infantile per problemi linguistici e comportamentali. Nel 2002 Nabil viene inviato per competenza alla Psichiatria Adulti (Dott. Psi.) con diagnosi di schizofrenia residuale, oligofrenia. Con tali diagnosi ottiene invalidità del 100%. Nel 2001, inoltre, viene eseguita una valutazione dalla Clinica di Scienze Neurologiche per*

la valutazione di un ritardo intellettivo e motorio: infatti in anamnesi vi è un severo ritardo motorio ed intellettivo (i familiari riferiscono che il paziente ha iniziato a camminare all'età di 5 anni ed ha avuto molte difficoltà scolastiche sin dall'inizio), oltre alle difficoltà di tipo caratteriale. Viene riferito, inoltre, che Nabil lamenta frequentemente dolori addominali con nausea e vomito, a causa dei quali si reca frequentemente in P.S. per accertamenti.

Dal 2001 al 2003 Nabil ha ottenuto diverse borse lavoro con andamento positivo fino ad una borsa lavoro terminata col licenziamento per giusta causa per l'aggressione di un collega (seguita da denuncia). Dopo un periodo a casa, Nabil è stato inserito in progetto di borsa lavoro terminato anch'esso con un'aggressione verso un altro collaboratore. In seguito, i Servizi hanno provato, con scarso esito, a convincere Nabil ad intraprendere un trattamento farmacologico (Risperdal); in seguito i rapporti tra Servizi e paziente si sono progressivamente logorati, ricadendo pesantemente sulla famiglia. Le difficoltà relazionali di Nabil con i Servizi, gli operatori sul lavoro ed i familiari appaiono caratterizzate da marcata aggressività ed ideazione persecutoria.

b) *Alla luce delle varie consultazioni realizzate con i familiari (padre e madre di Nabil) emerge un quadro piuttosto complesso, in cui particolari vissuti legati al Marocco non sono stati completamente accessibili. Dagli incontri, si evince come Nabil abbia avuto sin dalla primissima infanzia gravi problemi di deambulazione e di linguaggio, acquisendo capacità motorie solo dopo i 10 anni di vita. Infatti, considerate le difficoltà deambulatorie, Nabil ha passato la maggior parte dell'infanzia a casa dove era per lo più accudito dalla componente femminile della famiglia, mentre il padre, emigrato in Italia, nelle sue permanenze in Marocco, lo sottoponeva a controlli e visite mediche, senza esiti particolari. I genitori spiegano come nel contesto marocchino i problemi di questo tipo siano fortemente stigmatizzati. Sembra, infatti, che Nabil abbia vissuto i primi anni dell'infanzia appartato e isolato, in quanto motivo di vergogna familiare.*

E' stato, quindi iscritto a scuola per la prima volta solo all'età di dieci anni. I problemi di salute sono stati affrontati dalla famiglia di Nabil ricorrendo sia alla medicina occidentale sia a quella tradizionale marocchina; i genitori riferiscono che, dopo diversi tentativi di tipo medico falliti, sia stata ipotizzata la possessione di un jinn, per cui si è ricorso ad una guaritrice locale che sembra aver migliorato la sua deambulazione attraverso un rituale. Dai racconti della famiglia emerge come sia stata estremamente difficile la convivenza con Nabil, sia per le difficoltà motorie e cognitive sia per i suoi aspetti caratteriali.

Il padre mostra una certa ambivalenza nella definizione del figlio: se da un lato ha sempre definito Nabil come malato ed invalido, dall'altro non accetta il carico emotivo ed economico, ricercando soluzioni estremamente medicalizzanti o all'opposto normalizzanti, come attività lavorative, borse lavoro, ecc...

c) *Durante i colloqui Nabil, si è dimostrato (sia in presenza del padre che da solo) ai limiti della collaborazione, con difficoltà marcate a contenere i vissuti aggressivi (più di una volta i colloqui sono stati interrotti poiché Nabil, ha lasciato la seduta ed è andato via. In un caso è tornato a discutere dopo che lo psichiatra lo ha convinto dell'utilità dell'incontro). I racconti di Nabil, si sono sviluppati principalmente sulle difficoltà lavorative e familiari; difficoltà causate, a suo dire, dal cattivo operato dei*

Servizi. Con estrema difficoltà è stato possibile affrontare discorsi inerenti il suo stato di salute, la sua tensione emotiva, spesso incontrollata, e la necessità di cure. Invece, in alcun modo è stato possibile discutere del periodo della vita passato in Marocco. Nabil, infatti, descrive la sua vita in Marocco profondamente negativa, tanto da non volerne ripercorrere i passaggi. Mentre una volta in Italia è come se avesse in parte potuto sperimentare una inedita versione di sé. Rispetto alla diagnosi con cui era stato inquadrato in Italia, infatti, ha mostrato delle capacità inaspettate che hanno sicuramente rimodulato la sua intera esperienza e la percezione di sé. Si evidenzia, infatti, come i vissuti di Nabil. oscillino attraverso due modalità principali di ragionamento: persecutori oppure grandiosi.

Dalla narrazione si evince come la perdita del lavoro abbia peggiorato i rapporti esistenti con i familiari o lo abbia maggiormente condizionato alla dipendenza da essi. Non potendo più contribuire all'economia familiare, se non con l'invalidità, le possibilità di negoziazione con i familiari di un ruolo di maggior responsabilità vengono ridotte al minimo. In chiave psicopatologica, Nabil. sembra investire nel lavoro esigenze narcisistiche indispensabili a riscattare il ruolo di malato o persona problematica che ha all'interno della famiglia. Pertanto, la rabbia narcisistica emerge tutte le volte che Nabil. si sente minacciato nella sua autonomia oppure relegato al ruolo di malato: nell'incapacità di rielaborare la tormentata infanzia in Marocco, si può leggere il tentativo di Nabil. di ricostruirsi una nuova identità in Italia malgrado il suo passato. In questo senso, i progressi di Nabil. nell'apprendimento della lingua italiana (buona), nell'orientarsi ed organizzare il suo tempo nonché il lavoro, indicano una discreta capacità di autonomia che, se frustrata, si tematizza in vissuti persecutori marcati e patologici.

Nell'ultimo colloquio Nabil ha comunque riconosciuto il beneficio di alcune cure prescritte in passato (Risperdal) ed è sembrato più disponibile al dialogo allorché la relazione è stata impostata sulla necessità di una sua collaborazione attiva, anche senza il coinvolgimento diretto dei suoi familiari (desiderio che aveva espresso più volte).

Indicazioni finali (discusse alla presenza del Dott. Psi., Dott.essa B. e Nabil):

1) Ripresa delle cure dal Dott. Psi., valorizzando l'impegno di Nabil. a seguire scrupolosamente ma anche autonomamente le indicazioni terapeutiche prescritte e a rispettare gli incontri programmati di routine al CSM. Riteniamo più opportuno che si riducano il più possibile gli elementi di conflittualità con la famiglia e con il padre: il controllo e la somministrazione dei farmaci potrebbe essere uno di questi;

2) Se soddisfatto il punto 1, recuperare i rapporti con il Servizio Sociale di riferimento per l'ottenimento di una nuova borsa lavoro, in quanto emerge come il lavoro sia il terreno su cui Nabil. sente di costruire la sua identità, evitando così che la sua diagnosi diventi il solo tratto caratterizzante.

- Individuare un educatore o I.P. che possa aiutarlo nella gestione delle difficoltà relazionali*
- E' inoltre auspicabile a fronte della complessità del caso che ci sia un maggior coinvolgimento e coordinamento dei servizi.*

Relazione Antropologica Nabil

Nell'affrontare il caso di Nabil Neqrouz, l'analisi antropologica ha avuto la funzione di indagare la posizione del soggetto nelle dinamiche sociali e relazionali del paese di emigrazione, con un'attenzione particolare alle peculiari possibilità negoziali del soggetto rispetto alle proprie potenzialità, aspettative ed esperienze.

Alla luce delle varie consultazioni realizzate emerge un quadro piuttosto complesso, in cui particolari vissuti legati al Marocco non sono stati completamente accessibili, determinando una carenza di elementi su cui fare una valutazione.

Gli incontri si sono svolti con:

a) Operatori (assistente sociale, psichiatra) (2 incontri)

b) Famiglia di Nabil (padre, madre) (2 incontro)

c) Nabil (2 incontri)

a) I servizi invianti si trovano in una situazione di impasse nella gestione del caso di Nabil. Il percorso del ragazzo all'interno dei servizi è iniziato appena arrivato in Italia, quando da subito il padre si è occupato di richiedere visite, accertamenti e certificazioni sullo stato del figlio. E' stato diagnosticato come oligofrenico con schizofrenia residuale, ed in questo periodo si presentava molto dipendente e sottomesso al padre. Ottenuta l'invalidità al 100%, ha avuto diritto ad una serie di agevolazioni economiche e lavorative per sé e la sua famiglia. Ha infatti svolto diversi stage e borse lavoro a cui è corrisposta una trasformazione in termini di autonomia, competenze linguistiche e capacità relazionali.

Tuttavia episodi di aggressività hanno causato problemi nella continuità lavorativa e nel rapporto con i servizi. Dopo la sospensione dell'ultima borsa lavoro non sono stati più possibili tentativi di riconciliazione e di collaborazione.

b) Dai racconti dei genitori emerge che Nabil abbia avuto un'infanzia molto problematica, visto il ritardo motorio e linguistico che gli hanno determinato modalità di abitare il mondo differenti.

Nel contesto marocchino questo tipo di disturbo è stato fortemente stigmatizzato, incidendo sull'esperienza di Nabil e sui suoi rapporti sociali. Sembra, infatti, che abbia vissuto i primi anni dell'infanzia appartato e isolato, in quanto motivo di vergogna familiare. E' entrato a scuola solo a 10 anni, età in cui le condizioni motorie hanno iniziato a migliorare (forse dopo il ricorso ad una guaritrice), ma con molte difficoltà nell'apprendimento.

In questa prima fase della sua vita Nabil era per lo più accudito dalla componente femminile della famiglia, mentre il padre, emigrato in Italia, nelle sue permanenze in Marocco lo sottoponeva a controlli e visite mediche, senza esiti particolari.

I suoi fallimenti lavorativi e la sua volontà di autonomizzazione hanno progressivamente incrinato i rapporti con la famiglia, in particolare con il padre, il quale se da un lato ha sempre definito Nabil come malato ed invalido, dall'altro non accetta la sua dipendenza economica all'età di quasi 30 anni.

I discorsi del padre, tutti orientati verso la medicalizzazione o l'ottenimento di benefit per Nabil, fanno sospettare una forte sofferenza a cui la famiglia tenta di ovviare

attraverso delle richieste di tipo economico-assistenziale.

La madre, per lo più sottomessa al marito, durante l'incontro ha esternato alla mediatrice un forte desiderio di raccontarsi rispetto al suo ruolo e alle sue esperienze familiari.

c) Nabil, ha avuto un'infanzia molto problematica e peculiare in Marocco, dove la sua condizione deve averlo sottoposto a forti sofferenze. Nabil, infatti, descrive la sua vita in Marocco profondamente negativa, tanto da non volerne ripercorrere i passaggi. Mentre una volta in Italia è come se avesse in parte potuto sperimentare una inedita versione di sé. Rispetto alla diagnosi con cui era stato inquadrato in Italia, infatti, ha mostrato delle capacità inaspettate che hanno sicuramente rimodulato la sua intera esperienza e la percezione di sé. Motivo per cui, Nabil sembra voler sfuggire all'irretimento della condizione di malato: vuol lavorare, non vuole prendere farmaci e sottostare all'autorità paterna. Tuttavia è proprio la sua certificazione che ha garantito certi equilibri familiari, tanto da essere anche per lui, a volte, uno strumento di rivendicazione e protezione sociale.

Il desiderio di autonomia e di affrancamento da una certa marginalità sociale stride con dei comportamenti aggressivi che risultano essere disadattivi nei contesti di lavoro.

Tuttavia tali comportamenti si manifestano in quelle situazioni in cui si tenta di ricondurlo ad una subalternità. Ciò ci porta ad identificare la natura del disagio più come il frutto di un'esperienza sociale tardiva e profondamente sofferta anziché come un aspetto psico-patologico.

Indicazioni

L'intervento principale del centro di consultazione è stato quello di ripristinare la relazione interrotta tra Nabil e i servizi attraverso un incontro di negoziazione.

Successivamente a questo sarà importante riattivare uno spazio lavorativo, in quanto emerge come esso sia il terreno su cui Nabil sente di costruire la sua identità. D'altro canto l'ambito lavorativo è anche il campo in cui si giocano gli equilibri familiari. Pertanto è opportuno riaprire le possibilità per una borsa lavoro, evitando che la sua diagnosi diventi il solo tratto caratterizzante la sua identità, che è proprio ciò da cui Nabil sembra voler fuggire.

Per quanto riguarda la limitazione delle manifestazioni aggressive si ritiene che la presenza di una figura di riferimento che lo accompagni e lo supporti nelle sue attività possa aiutarlo ad arginare tali tendenze. E' inoltre auspicabile a fronte della complessità del caso che ci sia un maggior coinvolgimento e coordinamento dei servizi.

Conclusioni Nabil Negrouz

Di che cosa dunque Nabil è malato? Per rispondere a questa domanda si arriva a scomodare l'intero apparato dell'antropologia medica. La storia di Nabil racchiude in se elementi relativi alla incorporazione della malattia, alla percezione individuale mediata dalla cultura, alla costruzione sociale.

Per quanto riguarda la storia clinica della malattia di Nabil, nell'impossibilità di recuperare i referti delle visite mediche non è stato possibile arrivare ad una diagnosi clinica. Per l'attività di

Consultazione la diagnosi la malattia nel corpo di Nabil ha comunque rappresentato un elemento secondario alla possibilità di ricostruire il significato della malattia per lui e per la sua famiglia, soprattutto alla luce delle condizioni attuali del paziente.

Percorrendo, infatti, il percorso già tracciato in antropologia medica, a partire dai lavori di Byron Good^{301 302} fino ad Arthur Kleinman³⁰³, agli anni 80 e all'introduzione del concetto di *Illness* quale esperienza soggettiva di malattia e di sofferenza, è stato possibile ricostruire il passato volutamente confuso del vissuto di malattia di Nabil in Marocco, nonostante la carenza di informazioni.

La malattia in *Marocco*, è confinata in un altrove, che Nabil non vuole lasciare ri-affiorare e ritornare, perché carica di “*troppi brutti ricordi*”. Per questo Nabil si oppone ad ogni tentativo di ricostruzione, inclusi quelli con la famiglia: “*dovete lasciare in pace la mia famiglia, la mia vita sono fatti miei*”. I motivi di questo confinamento nel passato della malattia riguardano la sofferenza vissuta, ma non appaiono relativi al dolore, alla malattia nel corpo, rispetto alla quale non viene riportata sofferenza, dolore fisico, ma solo inabilità o quello che potremmo definire come *handicap*.

Avvalorano questa posizione le parole della madre quando chiediamo in maniera esplicita perché Nabil si rifiuti sempre di parlare degli anni trascorsi in Marocco e la madre ci risponde che non è successo niente di particolare, ma che la grossa sofferenza è dovuta molto probabilmente alle umiliazioni e alla *vergogna* subite nel confronto con gli altri bambini. Nella parola *vergogna* usata dalla madre, possiamo rintracciare l'interazione tra la percezione di Nabil e la costruzione socializzata della sua malattia nel luogo in cui è nato e ha vissuto. Usando l'accezione di *Sickness* delle Sheper-Huges e della Lock³⁰⁴ la malattia di Nabil può essere compresa appunto attraverso la rappresentazione che di questa fanno le persone che gli stanno intorno e la percezione di Nabil stesso. In relazione a tale aspetto, un punto di frattura netto nella storia sembra il compimento della maggiore età e l'arrivo in Italia. Come sottolineato precedentemente, il ragazzino con problemi di ritardo fisico e mentale, che parla e scrive male l'arabo, che non è proficiente a scuola, nel nuovo contesto apprende rapidamente i rudimenti della nuova lingua, sia scritti che parlati, e comincia a sviluppare (e rivendicare) elementi di autonomia rispetto alla famiglia. Nonostante questi miglioramenti, la malattia di Nabil viene riconfigurata anche in relazione al significato che vi attribuisce il padre: da un lato la negazione della malattia e la pretesa che Nadil sia “competente” dal punto di vista sociale e relazionale, pretesa che esita in una colpevolizzazione di Nabil; dall'altro la malattia che, come fonte di disabilità, è possibile strumento di compensazione economica, che quindi non può essere del tutto negata e viene per questo riconosciuta solo nella sfera del corpo come patologia organica, il più possibile da non riferire *alla testa*.

Utilizzando sempre il quadro teorico di Sheper-Huges e Lock insieme a quello di Fassin³⁰⁵, possiamo introdurre un ulteriore elemento: la malattia come produttore di status e come elemento di mobilità sociale che da accesso a risorse, anche di tipo economico. Da un lato Sheper-Huges e Lock, estendono il concetto di *Sickness* ad una malattia che le persone *fanno*, come produzione sociale di significati definiti attraverso l'esperienza incorporata. Dall'altro Fassin sottolinea il guadagno sociale prodotto dalla malattia in un contesto – come quello attuale – in cui la

³⁰¹ Good B., Good MJD., *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, in: Eisenberg L., Kleinman A., *The Relevance of Social Science for Medicine*, D Reidel, the Netherlands, 1980, pp. 165-196.

³⁰² Good BJ., Del Vecchio, Good MJD., *The Semantics of Medical Discourse*, in Elkana Y., Mendelsohn E., *Sciences and Culture, Sociology of the science Yearbook*, D Reidel, the Netherlands 1981, pp. 177-212.

³⁰³ Kleinman A., *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, England, 1980.

³⁰⁴ Scheper-Hughes N., Lock M., *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology with Margaret Lock*, *Medical Anthropology Quarterly*, 1987, pp. 6-41.

³⁰⁵ Fassin D., *The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate*. *Anthropology Today* Vol. 17, No. 1, Feb., 2001

salvaguardia dei diritti sociali è subordinata sempre più alla salvaguardia della persona in quanto corpo fisico. Il caso analizzato da Fassin è quello degli immigrati in Francia: sempre più esclusi dalla quote per i permessi di soggiorno, ai quali però possono avere accesso (sebbene con grande difficoltà) come malati.

Nel caso di Nabil, una pensione di pochi euro, i proventi della borsa lavoro, la casa popolare, rappresentano un supporto decisivo e insostituibile per una famiglia numerosa e monoreddito che fa fatica a sopravvivere, come si evince dalle parole di P. già nel primo incontro *“perché pane molto caro qui, se io dovevo comprare il pane per 7 persone tutti i giorni, 4 euro al chilo, dove vai?”*

Il tema delle risorse ritorna più volte negli incontri e nelle interazioni con P. come viene giustamente riportato nella valutazione antropologica *“I discorsi del padre, tutti orientati verso la medicalizzazione o l'ottenimento di benefit per Nabil, fanno sospettare una forte sofferenza a cui la famiglia tenta di ovviare attraverso delle richieste di tipo economico-assistenziale”*. Questa doppia posizione di P. che da un lato tratta il figlio come una persona competente ma problematica, ed in altri momenti invece come persona malata, è da ascrivere tra le cause della conflittualità tra i due e al rifiuto di Nabil per l'autorità. Nabil si trova in qualche modo intrappolato in una duplice posizione: la sua guarigione passa attraverso una emancipazione ed una autonomizzazione che sono continuamente minacciate da varie autorità compresa quella medica e per via della sua condizione gli viene concesso uno spazio di libertà vigilata in cui deve continuamente sottostare all'autorità; ma la sua *normalizzazione* passa paradossalmente attraverso la proposta di una medicalizzazione farmacologica in DEPOT che lo esautorava anche dalla possibilità di scelta nell'assunzione della terapia oltre che nel diminuirne le competenze relazionali e la lucidità; infine una sua completa guarigione significherebbe una perdita di status e quindi dei benefici di cui lui e la sua famiglia stanno usufruendo.

Anche analizzando gli avvenimenti nella cooperativa dove Nabil lavorava si rintracciano con relativa chiarezza gli stessi meccanismi. Quando P. dice *“lui non sa stare zitto, capisci, tu devi stare zitto quando succedono queste cose, lui invece litiga sempre, se fai così come lavori? Ma tu pensi che con me non succede, quante volte? Però devi imparare a stare zitto”* sta sostanzialmente parlando dell'incorporazione della subalternità, e dell'adozione di una strategia di coping rispetto ai rapporti di forza generati nel contesto lavorativo. E' singolare che nel racconto di B. ad esempio si riproponga una situazione speculare alle 2 liti più gravi di Nadil sul posto di lavoro. Nella prima Nadil viene trattato con sufficienza dall'operaio e B. sostiene che questo accade anche perché è immigrato, e nella seconda viene redarguito proprio da un altro immigrato. Una chiave interpretativa della intemperanza di Nabil e della sua difficoltà nell'accettare l'autorità dipenda proprio da questa difficile condizione di emancipazione in una situazione di stigmi multipli: malato, immigrato, non autonomo.

Inoltre la sua *lotta per l'emancipazione* suscita una risposta riducente e medicalizzante, a cui è facile comprendere perché Nadil tenti di sottrarsi. Questa proposta di controllo richiama per molti versi la visione di Foucault³⁰⁶, di Basaglia³⁰⁷, ed in qualche modo quella di Agamben³⁰⁸ di una medicina che come dispositivo tecnico è in grado di naturalizzare la malattia, riportandola sul piano del bios che occulta e risolve le istanze sociali e politiche.

La richiesta di emancipazione di Nabil, con le sue forme ingenue, con il suo non accettare le regole sociali, diviene un fatto socialmente problematizzante, che non potendo essere affrontato con risorse istituzionali e familiari sufficienti deve essere ridotto attraverso un dispositivo medico. È per

³⁰⁶ Foucault M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-74)*, Feltrinelli, Milano, 2004.

³⁰⁷ Basaglia F., *Conferenze brasiliane (1979)*, Raffaello Cortina, Milano, 2000, p. 34.

³⁰⁸ Agamben G., 1995, op. cit.

questo motivo che B. invoca un TSO e P. ripetutamente la *puntura* o un ricovero anche per 6 mesi, o dice a Nadil prima dell'incontro con il Centro che lo avrebbe fatto rinchiudere. Una medicina insomma ancora una volta invocata per via del suo bio-potere e non per la sua capacità di cura.

La storia di Nabil segue, diremmo fortunatamente, un'altra strada, dopo l'incontro con lui ed i servizi ne segue uno con la famiglia ed i servizi, in cui si prospetta anche un intervento sui familiari, e specialmente su M., di socializzazione in un gruppo di donne nord africane gestito dai servizi sociali. Nabil sotto la supervisione dello psichiatra di riferimento comincia la terapia con una attenzione alle ripercussioni sul suo stato di vigilanza, successivamente viene inserito nella squadra di calcio seguita dallo psichiatra e dai servizi sociali, ed avviato con molte cautele ad un'altra borsa lavoro. Vengono programmati degli incontri periodici in cui sono presenti i servizi, i genitori e Nabil, dai quali si evince che la situazione familiare è molto migliorata.

Ultimo considerazione quindi va alla negoziazione e alla co-costruzione del percorso di cura in un ottica partecipativa. Il percorso terapeutico di Nabil si sblocca attraverso al negoziazione di un attore neutro, il Centro, che in definitiva opera sia una analisi della rete di relazioni tra i soggetti, ma si attiva anche per fornire un supporto nella mediazione, che riconoscendo a tutti gli attori ed alle loro istanze significati e legittimità, consente di ricostruire un percorso co-autorale. Viene ripensata nella sua legittimità anche la richiesta di P. *“invece di spendere questi soldi con persona interne perché non pagate mia moglie che non può lavorare per seguirlo?”* perché in definitiva è portatrice di un istanza di riconoscimento del ruolo terapeutico e di accudimento della famiglia dato come elemento scontato dai servizi, mentre alla fine si arriva ad un trattamento soddisfacente di Nabil quando si riescono a superare le tensioni domestiche e a focalizzare l'attenzione su un altro soggetto fragile della storia, la madre.

A questo punto il servizio deve riconoscere un potenziale ed uno spazio di cura fuori dal servizio sanitario stesso, avocando fuori da se parte del potere di cura. Il riconoscimento di un potere curativo esterno, rimettendo alla comunità la titolarità della cura, apre uno spazio di collaborazione e partecipazione orizzontale, in cui la cura cessa di essere un dispositivo tecnocratico e bio-politico o al più paternalistico, e diviene parte del sapere collettivamente costruito e pertanto negoziabile in un dialogo inter pares. Viene superato in tal modo anche un concetto di una multi-disciplinarietà, che confina il sapere alle discipline esclusivamente accademiche, seppure contaminate tra di esse. Necessaria è la creazione di una conoscenza che superi le barriere accademiche e che sia in grado di aprirsi a e includere i saperi e le competenze popolari. D'altra parte la comunità non è un'entità costruita in maniera fissa e univoca, o legittimata a prescindere dalle proprie pratiche e dai propri modelli esplicativi. Lungi da una visione incantata, che attribuisce ai saperi comunitari la legittimità di rappresentare in maniera definitiva e giusta il reale, la comunità va riconosciuta come interlocutore e ingaggiata in un dialogo inter pares. Un partner quindi di un percorso di co-costruzione trasformativo che prevede per i sapere accademici anche la responsabilità *“politica”* di trasformazione sociale, accompagnata da una disponibilità degli stessi a lasciarsi contaminare e trasformare.

La consultazione attraverso i temi sollevati

“Health is not simply a physical or a mental state, it is a moral state, a state of balance and reciprocity.”³⁰⁹

L'attività di consultazione come spazio di interazione tra discipline e tra metodologie di lavoro va letta attraverso i risultati del processo di consultazione stesso.

La scelta di collocare la maggior parte del materiale teorico all'interno dell'analisi empirica è servita a porre in risalto la processualità e l'interattività stesse della modalità di lavoro. All'inizio del capitolo l'enfasi è stata posta su una visione di malattia come interazione: tra soggetti, istituzioni, dispositivi, fattori protettivi o ammalanti. Interazione che, però, non avviene in uno spazio definito e chiuso, o da intendersi come semplice scenario, sfondo per le storie, le vite, gli incontri e i *dis-*incontri. Come è stato sottolineato, infatti, il Distretto di Pianura Est è al tempo stesso il palcoscenico delle interazioni, uno spazio determinato da forze globali e un contesto determinante i processi locali.

Così, grazie alla ricostruzione della storia dei sistemi sanitari a livello globale e locale, si è data profondità prospettica all'organizzazione dei servizi di salute mentale territoriali, mettendo in risalto i vincoli e le contraddizioni a cui gli amministratori e i professionisti sono sottoposti. Ancora, attraverso una panoramica per “sommi capi” di alcuni tra i processi globali più rilevanti in materia di salute dei migranti, si è tentato di far emergere la peculiarità di essere sindaco, medico, amministratore, paziente a Pianura Est, di chiarire cioè come una costruzione condivisa dei personaggi raccontati attraverso le loro storie di vita sia possibile solo attraverso il racconto delle logiche, delle forze e dei processi globali-e-locali con cui hanno interagito.

Utilizzando la citazione di Nichter all'inizio del paragrafo rispetto alla salute come “state of balance and reciprocity”, e la visione della Krieger sulle interazioni nello spazio eco-sociale (tra individui e tra gli individui e lo spazio eco-sociale stesso), potremmo dire che è possibile comprendere i personaggi delle nostre storie solo se comprendiamo Pianura Est, ma anche che è solo perché esiste Pianura Est che esistono il Centro di Consultazione e le sue storie.

Oltretutto, dal punto di vista sanitario, Pianura Est è uno spazio amministrativo istituito da processi realizzatisi in un “altrove” rispetto al quale il territorio possiede un controllo solo marginale o nullo. Gli individui, i pazienti e il Centro stesso, quindi, relazionandosi con le istituzioni del territorio, si confrontano anche con vincoli strutturali che sono indipendenti dalle forze locali.

In termini di Public Health questo si traduce nel riconoscimento del limite delle istituzioni locali rispetto alla tutela della salute della popolazione. La promozione della salute, infatti, non dipende più unicamente né dal campo medico-sanitario né da quello locale, come ben spiegato attraverso il quadro delle interazioni micro-macro di Legge³¹⁰ e da quello eco-sociale della Krieger³¹¹. In altri termini, i processi che ammalano Dung, Ghali e Nabil hanno origine in luoghi distanti dal Distretto di Pianura Est e non possono trovare risposte adeguate in strategie basate unicamente su azioni locali.

Dal punto di vista della Global Health, quindi, lo spostamento dei fattori patogenetici in uno spazio sovra-locale deve essere compensato dallo spostamento di parte delle “azioni sanitarie” nella stessa dimensione. Citando il rapporto della Commissione sui Determinanti Sociali del 2008³¹², l'azione di contrasto alle disuguaglianze in salute deve “affrontare l'inequiva distribuzione di potere, denaro e

³⁰⁹ Nichter M., Nichter M., *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*, Routledge, The Netherlands 1996, p. 435.

³¹⁰ Legge D., 2007, op. cit.

³¹¹ Krieger N., 2011, op. cit., pp. 205-213.

risorse a livello globale”, con una responsabilità diretta degli operatori sanitari nel:

“misurare e comprendere i problemi, valutare l'impatto delle azioni per garantire che la valutazione delle disuguaglianze sia effettuata all'interno dei Paesi e globalmente. I governi nazionali e le istituzioni internazionali, supportate dal WHO, devono costruire un sistema nazionale e globale di sorveglianza dell'equità per monitorare le disuguaglianze in salute e i determinanti di salute e valutare l'impatto sull'equità delle politiche e delle azioni. Creare lo spazio organizzativo e le capacità per agire efficacemente sulle disuguaglianze in salute richiede investimenti nella formazione dei policy maker e dei professionisti sanitari oltre che una coscienza pubblica rispetto ai determinanti sociali di salute. È necessario inoltre un forte focus sulla ricerca di salute pubblica sui determinanti sociali di salute.”

È compito quindi della Salute Pubblica sviluppare saperi, conoscenze e formazione capaci di modificare le competenze degli operatori sanitari affinché questi sviluppino una consapevolezza rispetto ai processi globali nel loro lavoro nei contesti locali, e allo stesso tempo influenzare le metodologie e le prassi dei servizi sanitari locali in modo che questi siano in grado di produrre effetti sulla salute della popolazione contemporaneamente sul piano locale e su quello globale.

Altro punto sollevato dalla ricerca riguarda l'autorità dei saperi nello spazio delle relazioni micro-macro. Attraverso tale analisi è stato legittimato un approccio di ricerca-azione partecipato e multi-situato. Da un lato, puntando a facilitare l'emersione dei bisogni percepiti e il consolidamento di prassi locali come strumento a potenziale trasformativo rispetto alle strutture globali (in accordo alla proposta di Legge). Dall'altro, con la consapevolezza che un modello di intervento costruito a partire da un sapere de-localizzato avrebbe prodotto interventi potenzialmente meno efficaci dal punto di vista clinico, perché distanti dal contesto locale e dai suoi bisogni, nonché una subalternizzazione degli attori locali attraverso l'uso normativo e autoritario del sapere “scientifico”. I quadri teorici del *knowledge transfer* e della *knowledge translation* si sono dunque dimostrati insufficienti, in quanto non tengono conto dei limiti rappresentati dalle relazioni di potere tra saperi. Come abbiamo visto praticamente in tutte le storie analizzate, le risorse locali si sono rivelate cruciali nella risoluzione dei problemi di salute (o nella non risoluzione, come nel caso di Dung): è per questo che possiamo considerare appropriato l'approccio PAR mutuato da Genat³¹³, mirato alla co-costruzione partecipativa e negoziata di saperi e pratiche, ed è in questo senso che i quadri teorici e le proposte del *knowledge transfer* e della *knowledge translation* dovrebbero essere rivisti.

Dall'esperienza maturata attraverso il caso di Ghalia, grazie alle riflessioni sulla prospettiva transnazionale, è invece emersa l'adeguatezza di una co-costruzione plurivocale e multisituata sia dei saperi sia delle pratiche. La storia di Ghalia si è sviluppata senza soluzione di continuo tra due Paesi in cui beni materiali, simbolici e affettivi si sono mossi indipendentemente dalle dimensioni geografiche, ed è stato grazie alle metodologie antropologiche che l'analisi di terreni, spazi, contesti sociali, economici e politici differenti ha garantito la coerenza del quadro anamnestico e il supporto diagnostico.

L'incrocio di metodologie, luoghi e sguardi si è dimostrato produttivo anche nella ricostruzione del territorio, quello scenario di Pianura Est che abbiamo lasciato si raccontasse attraverso le rappresentazioni delle istituzioni, racchiuse in dati, tabelle e rapporti, ma che è anche stato ricostruito attraverso le sensazioni, le emozioni, le parole e le spiegazioni delle persone che lo abitano.

³¹² World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva 2008.

³¹³ Genat B., 2009, op. cit.

Grazie a questo dispositivo di analisi della complessità, la ricerca è sfuggita ai rischi di culturalizzazione della malattia del migrante, di fissazione nelle dimensioni esotiche della diversità e di *victim blaming*, rischi corsi concretamente come per esempio nel caso di Ghalia, in cui magia e possessione sono state analizzate in maniera critica e chiarite nei loro significati sociali, riconducendole alle loro radici esplicative e ponendo così le basi per un superamento della dimensione psichiatrica della diagnosi.

Le storie dei nostri pazienti ci hanno narrato non di esotismi ma di vite fragili, di problemi e di una epidemiologia grandemente sovrapponibili a quelli del resto della popolazione italiana, alle prese con difficoltà relative alla casa, al lavoro, al reddito, alle reti sociali, alla mobilità, all'integrazione, alle diffidenze e alla discriminazione.

Rispetto ai servizi sanitari è invece emerso il tema dell'accessibilità, determinata dalla presenza o meno di determinati servizi ma anche dalla loro raggiungibilità fisica, economica e culturale. La coppia accessibilità-accettabilità si è rivelata, nelle parole degli operatori e dei pazienti, uno dei temi più rilevanti, come tra l'altro riportato in letteratura³¹⁴. Un servizio che non sviluppa competenze in merito alla salute dei migranti crea barriere di accesso e diffidenza nella popolazione (l'idea che il corpo dei migranti serva a fare pratica o ricerca), se non una vera e propria inaccettabilità delle pratiche (come nel caso della visita ginecologica e del medico maschio).

Il dispositivo di consultazione ha permesso inoltre di rilevare ed esplorare, nel caso di Dung, intrecci e interazioni tra la *Storia* dei popoli e le *storie* personali, confermando la necessità di utilizzare un canovaccio di analisi che preveda l'uso contemporaneo dei concetti di *agency*, *accountability*, *cumulative interplay* e *pathways of embodiment*, e che non tralasci il ruolo che i sanitari e i saperi medici hanno nella produzione della malattia, oltre che nella produzione della salute.

Nel caso di Nabil, il percorso di costruzione di una prospettiva multidisciplinare e multimetodologica è stato testato nella decodifica di una storia in cui le dimensioni di *disease*, *illness* e *sickness* e quella della malattia come azione sono stati rintracciati contemporaneamente. Nella storia di Nabil la *disease* quasi scompare, nella difficoltà di ricostruire una diagnosi clinica degli avvenimenti passati così come nel definire una diagnosi psichiatrica, terreno scivoloso in bilico tra le esigenze di cura e i benefici legati all'assistenza sociale. Indipendentemente dal nome *sanitario* della malattia di Nabil, la dimensione patologica della sua condizione risiede prevalentemente nella *illness* e nella *sickness*, indagabili attraverso le percezioni e i significati attribuiti alla malattia, generati dalle relazioni nelle reti sociali prossime e distanti e con le istituzioni. La malattia come atto, come relazione, in definitiva come istanza sociale di mobilità, guadagno, vantaggi, viene osservata alla luce della richiesta di medicalizzazione di Nabil, operata dai servizi e dalla famiglia quale strategia di riduzione della sua carica sociale problematizzante.

Infine, è stato preso in considerazione il processo di risocializzazione e condivisione della malattia come strategia stessa di cura. La risposta sanitaria, quindi, come proposta di co-costruzione di un percorso terapeutico di riconoscimento del significato personale e sociale della malattia, dei fattori strutturali che gravano sui diversi attori e ne guidano le traiettorie nel territorio e della trama di relazioni intessute tra domini locali e globali.

La proposta della malattia come mediazione tra campi differenti, quelli della *disease*, della *illness* e della *sickness*, chiama in causa le dimensioni della cura come mediazione tra multipli attori: il soggetto, le sue reti sociali e le istituzioni. La conseguenza del riaffiorare della pluralità è stata affrontata sul piano dell'autorità e della legittimità, a partire dal problema delle relazioni di potere e del potere di cura, sostenendo la necessità di un riconoscimento delle potenzialità di ammalare/curare proprie di tutti gli ambiti citati e la necessità di coinvolgere tutti gli attori nel

³¹⁴ Davies A., Basten A., Frattini C., *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*, International Organization for Migration background paper, Geneva 2006.

processo di cura. Ciò è stato affrontato proponendo una redistribuzione del potere curativo in forma non statica ma dinamica e negoziata, per riconoscere e valorizzare la presenza dei vari attori in forma proattiva e co-autorale senza cadere nell'illusione di facili scorciatoie in cui fissare le identità dei soggetti coinvolti. È in questo contesto che si inserisce la proposta di un Centro di Consultazione come attore della mediazione, come risorsa di negoziazione tra diverse istanze e attori attraverso competenze specifiche, atto non a dare soluzioni ma ad individuare i problemi da consegnare alla comunità perché questa partecipi nello sviluppo di pratiche di cura condivise, realizzabili e sostenibili.

IV. CONCLUSIONI

Nel concludere il lavoro di redazione, che come prevedibile riporta solo una minima parte dell'esperienza di una ricerca tanto ricca e a tratti sorprendente, sono stati scelti alcuni temi che non pretendono di essere conclusivi.

Tre riflessioni possono però significativamente rappresentare il percorso fin qui svolto. La prima riguarda il dispositivo di consultazione in sé e il significato di testare un approccio mutuato da un contesto differente, valutandone i risultati applicativi in un'altra realtà. La seconda riguarda la salute dei migranti e il relativo quadro teorico di riferimento, alla cui luce possono essere elaborati, per lo meno nell'ambito della Salute Pubblica, interessanti spunti di analisi. La terza e ultima riguarda il rapporto tra salute pubblica e antropologia medica, una collaborazione dimostratasi non solo proficua ma decisiva nel superare alcune *impasse* disciplinari, e che apre la porta a possibili collaborazioni non solo sul piano delle pratiche ma anche su quello teorico e della formazione.

Il modello di consultazione culturale e la piacevole storia di un presupposto teorico sbagliato

Gli operatori sanitari che si occupano di revisioni avranno probabilmente dimestichezza con il tema dell'errore nella ricerca in salute. Senza scendere troppo nello specifico del processo che ha portato alla costruzione di quelle che vengono definite dai sanitari “evidenze scientifiche”, basti qui ricordare che all'inizio degli anni '90 si è consolidato a livello mondiale un movimento culturale di accademici e professionisti determinato a condensare, a partire dalla letteratura medica pubblicata sulle principali riviste scientifiche mondiali, le migliori *evidenze* disponibili rispetto al trattamento di determinate patologie. Questo allo scopo di supportare le decisioni dei professionisti sanitari e dei *policy maker*, ma anche di orientare i pazienti e la popolazione in generale. Dal 1993 esiste un'organizzazione no profit, chiamata Cochrane Collaboration³¹⁵, che con lo slogan “Our vision is that healthcare decision-making throughout the world will be informed by high-quality, timely research evidence” raccoglie, valuta criticamente e diffonde i risultati degli studi sull'efficacia degli interventi prodotti su scala mondiale. Tale processo viene condotto attraverso “revisioni sistematiche”, definite dalla stessa Cochrane come:

“Lo sforzo di raccogliere tutte le evidenze empiriche che rispondono a criteri di elegibilità predefiniti, con l'obiettivo di rispondere a specifiche domande di ricerca. Vengono utilizzati metodi espliciti e sistematici, selezionati con l'ottica di minimizzare i *bias*, in modo da ottenere risultati più affidabili dai quali trarre conclusioni che possano orientare le decisioni. Le caratteristiche chiave delle revisioni sistematiche sono: un set di obiettivi chiaramente delineato con criteri predefiniti di elegibilità degli studi; una metodologia esplicita e riproducibile; una ricerca sistematica volta a identificare tutti gli studi che rispondono ai criteri di elegibilità; una valutazione della validità dei risultati degli studi inclusi, per esempio attraverso la stima del rischio di *bias*; una presentazione sistematica e una sintesi delle caratteristiche e dei risultati degli studi inclusi”³¹⁶.

Con l'avvento delle revisioni sistematiche è però stato riscontrato inaspettatamente quello che viene

³¹⁵ <http://www.cochrane.org/>

³¹⁶ <http://www.cochrane-handbook.org/>

definito come *publication bias*^{317 318}. In pratica, come riportato nello stesso sito Cochrane³¹⁹, sono emerse evidenze scientifiche relative al fatto che, rispetto agli studi con risultati “negativi”, quelli con risultati “positivi” vengono pubblicati più frequentemente, più rapidamente, su più di una rivista e prevalentemente su riviste in inglese, ed infine citati più volte in altri studi. La soppressione degli studi con esiti negativi o nulli rappresenta, per le revisioni sistematiche, un limite nella definizione della consistenza delle raccomandazioni e nella ricostruzione della numerosità della popolazione totale coinvolta negli studi. Più in generale, emerge l'idea che lo stigma nei confronti dell'errore possa rappresentare in qualche modo un limite per la promozione della salute della popolazione. È per tale ragione che questo capitolo cerca di riflettere sulle attività del Centro di Consultazione iniziando proprio dallo *sbaglio*, con l'intento di rimettere in gioco, al termine dell'attività di analisi, i quadri teorici a partire dalle pratiche poste in essere.

L'impianto teorico del Centro, come detto, parte dal presupposto che l'assistenza sanitaria alla popolazione migrante necessiti di competenze specifiche da parte degli operatori. Come emerso anche nel corso della ricerca, infatti, le competenze dei servizi sono correlate direttamente con l'accessibilità e con l'accettabilità delle cure. Esistono tuttavia dei limiti, tanto nella diffusione delle competenze quanto nella formazione degli operatori, affrontati negli scorsi decenni attraverso la costruzione di servizi dedicati. Questa modalità organizzativa è da ritenersi superata, tanto più nella Regione Emilia-Romagna, in cui Presidente e Giunta hanno espresso la volontà di andare oltre tale approccio in favore di una piena integrazione dei migranti nel Sistema Sanitario Regionale³²⁰. Alla base di questa scelta, la constatazione che, se da un lato i servizi dedicati possono offrire una competenza assistenziale migliore, dall'altro tendono a configurarsi come ghezzizzanti e reificanti la (supposta) “diversità” dei propri utenti. Per questo motivo il Centro ha scelto la modalità della consultazione, come strategia alternativa alla costruzione di servizi dedicati e allo stesso tempo di supporto e non sostitutiva rispetto all'offerta assistenziale esistente. Il dispositivo della consultazione si prefigge infatti di coadiuvare gli operatori dei servizi, fornendo loro le conoscenze e le informazioni derivanti dall'analisi multidisciplinare del caso.

Nell'idea originale, il frutto del lavoro di consultazione è una relazione da rinviare ai servizi, che assolve a una duplice finalità: da un lato contribuisce a un migliore inquadramento della patologia del paziente e a risolvere dubbi diagnostici, dall'altro svolge funzioni di *knowledge transfer* attraverso il passaggio di conoscenze e riflessioni direttamente al gruppo curante e, di conseguenza, al servizio.

Questo tipo di approccio non si è però dimostrato produttivo nell'esperienza del Centro. Come mostrato dall'analisi dei casi riportati, i successi terapeutici sono sì stati ottenuti in virtù di un approccio multidisciplinare capace di decifrare e comprendere in profondità le ragioni della malattia, dare un nome alle cause e individuare potenziali strategie di cura, ma questo non è stato sufficiente. Una volta prodotto ciò, infatti, il Centro si è dovuto confrontare con il tema della realizzabilità degli interventi. In altre parole, alla fine del percorso di consultazione è emersa la consapevolezza che una semplice relazione descrittiva rivolta agli operatori, che non fosse capace di suggerire modalità plausibili di messa in atto delle indicazioni fornite, difficilmente si sarebbe tradotta in un miglioramento della salute del paziente. Oltre a tale riscontro, dall'analisi delle storie è emerso anche come il ruolo cruciale del Centro sia stato quello di mediazione e di ricostruzione di una trama dialogica tra i vari attori, processi che hanno consentito di raccogliere risorse

³¹⁷ Dickersin K., Chalmers I., *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 2012, 105(3):96.

³¹⁸ Ahmed I., Sutton A.J., Riley R.D., *Assessment of publication bias, selection bias, and unavailable data in meta-analyses using individual participant data: a database survey*, BMJ 2012, 344:d7762.

³¹⁹ <http://www.cochrane-net.org/openlearning/html/mod15-2.htm>

³²⁰ Errani V., *Il nostro impegno per l'Emilia-Romagna*, Intervento programmatico del Presidente, Agenzia informazione e ufficio stampa della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna 2010.

precedentemente inutilizzate nel percorso terapeutico ovvero di armonizzare e rendere concordanti quelle che già erano in campo.

L'idea della restituzione come momento finale della consultazione si è dunque rivelata come un fallimento, forse prevedibile anche ad un'attenta analisi teorica ma certamente sancito dall'esperienza sul campo.

Il perché è, a posteriori, facilmente comprensibile: un dispositivo di consultazione basato sulla restituzione di un rapporto contraddice infatti l'idea stessa di co-costruzione. Un approccio che studia il campo e lo decodifica indipendentemente dagli attori che lo vivono (e che quindi lo producono), per tornare poi a loro attraverso un dispositivo esplicativo culturalmente e linguisticamente comprensibile, come da buone pratiche di *knowledge transfer*, è di fatto un processo subalternizzante che colloca il sapere prodotto dal Centro in una posizione normativa rispetto a quello proprio degli operatori. Nella realtà, invece, oltre a una costruzione corale della restituzione (che, come nel caso di Ghalia, è partita proprio dalle obiezioni degli operatori rispetto all'interpretazione elaborata dal Centro), vi è stata anche una vera e propria co-produzione dell'intervento, che ha visto il Centro come risorsa terza decisiva nella mediazione e nella ricostruzione delle relazioni (come nel caso di Nabil).

Questo risultato è coerente anche con l'idea che la consultazione, interagendo con il campo, non possa non partecipare alla sua definizione. La stessa istituzione del Centro, per esempio, ha comportato una contrattazione con il tavolo dei Piani di Zona che ne ha modificato le previsioni di budget, oltre ad agire come stimolo per un reciproco scambio di informazioni, idee e priorità tra tutti i partecipanti alla discussione. Il Centro è a sua volta uscito trasformato dalla negoziazione, spinto a riflettere sulla necessità di pensare un servizio che, in una prospettiva temporale più lunga, non sia solo per migranti e non riguardi solo la salute mentale.

Arrivare al termine del percorso con questo patrimonio di riflessioni e con la certezza di avere *sbagliato* le previsioni dà infine la piacevole sensazione che il lavoro di ricerca-azione abbia avuto successo nella sua dimensione trasformativa, consegnando un'eredità che rappresenta un nuovo punto di partenza e un nuovo stimolo da condividere con il resto della comunità.

In ultimo, una riflessione che non dovrebbe andare perduta è quella relativa alla multidisciplinarietà come campo di collaborazioni non solo tra accademici e professionisti. Tornando alle pagine di un vecchio testo introduttivo all'antropologia medica, "Culture, health and illness" di Helman, uno dei capitoli introduttivi è intitolato "Caring and Curing: the sectors of the health care"³²¹. In esso Helman descrive i diversi attori, professionali, tradizionali, popolari e familiari, che si occupano del prendersi cura nei processi di salute-malattia. È probabilmente a partire da tale stimolo che è possibile ripensare alla multidisciplinarietà come a una strategia inclusiva, orizzontale e critica, capace di prendere in considerazione tutti i saperi coinvolti nel processo di cura siano questi accademici, professionali o comunitari.

Il migrante immaginato: la promozione della salute tra esotismo e fragilità

Un'ulteriore riflessione possibile a partire dai risultati della ricerca riguarda la promozione della salute della comunità migrante. Rispetto al quadro teorico di partenza, la ricerca ha evidenziato conferme e divergenze.

Si è confermata l'immagine di una comunità migrante variegata, disomogenea e composita, all'interno della quale rappresentazione, cultura, accesso differenziale ai diritti, inclusione, creano un caleidoscopio di identità, traiettorie e bisogni di salute differenti. Si conferma quindi

³²¹ Helman C.G., *Culture, health and illness*, Oxford University Press, London 2001, pp. 51-78.

l'impossibilità di definire il problema "salute dei migranti" come univoco, così come perde di senso pensare a una medicina delle migrazioni piuttosto che a una serie di competenze professionali acquisite dai servizi, da usare nel momento opportuno, con popolazioni selezionate ancorché non solo migranti, quando non addirittura lo stimolo a sviluppare nuove strategie di promozione della salute non necessariamente basate su medici e strutture ospedaliere. Come visto, sul territorio di Pianura Est convivono individui e gruppi con capacità di accesso ai servizi sanitari molto differenziate: da quelli pienamente stabiliti sul territorio e con reti sociali ampie, che accedono alle informazioni in forma uguale e in alcuni casi perfino migliore rispetto agli italiani, che hanno appreso a dialogare con i servizi ed entrano in competizione con i cittadini italiani per l'assegnazione delle risorse di welfare, per arrivare, in un arco continuo di possibilità, alla popolazione di più recente migrazione, non in possesso dei documenti di soggiorno e spesso con scarse competenze linguistiche. Come emerso dalle interviste riportate nella prima parte della sezione precedente, queste due popolazioni così differenti hanno manifestato a un estremo un'ottima relazione con il servizio, all'altro la preoccupazione di venire utilizzati come cavie per esperimenti scientifici.

Emerge quindi nuovamente la necessità di ragionare in termini di fragilità e non semplicemente di migrazione, evitando gli appiattimenti sulle definizioni ma cercando di far emergere cosa le definizioni producono, amplificano o nascondono. Potremmo riassumere questa riflessione dicendo, provocatoriamente, che una medicina delle migrazioni non è necessaria, perché la migrazione in sé non rappresenta un fattore di rischio per la salute; quello di cui necessitiamo è, al contrario, una medicina dei processi migratori, perché è nei processi che plasmano le modalità e le forme della migrazione che si annidano i fattori che ammalano le persone che vivono tale esperienza. È dunque rivolgendosi ai processi, e non ai prodotti, che la medicina può fornire un migliore servizio alla comunità.

Dall'analisi del caso di Ghalia è invece emersa una contraddizione importante rispetto al quadro teorico sanitario in materia di medicina delle migrazioni, che probabilmente ribadisce una volta di più la necessità di collaborazioni multidisciplinari. Come affrontato nei capitoli iniziali, con uno sforzo sostanziale la medicina delle migrazioni degli ultimi anni ha cercato di ridare unitarietà e coerenza alle traiettorie di vita dei migranti, riconoscendo la loro salute come dipendente dalle condizioni di vita prima della partenza, dalle modalità della migrazione e infine dalle condizioni di vita e dai percorsi di inclusione nel Paese di arrivo. Questo tentativo di unitarietà può essere senz'altro completato dalla prospettiva transnazionale, dalla constatazione che i percorsi migratori cominciano, come suggeriva Sayad, nella doppia assenza prima della partenza e non terminano dopo l'arrivo. Nella storia di Ghalia quel *qui* e *là* di persone, cose, cibi, simboli, magie, dimostra quanto il quadro dei determinanti sociali diventi complesso al tempo della globalizzazione, e come la relazione con la geografia dei luoghi non sia più sufficiente a definire la geografia sociale in cui gli individui realizzano le proprie esistenze.

In termini di salute pubblica, questa revisione del quadro teorico significa riconoscere la necessità di strumenti di indagine che sappiano sistematicamente ricostruire le vite dei pazienti da prima dell'arrivo nel Paese di destinazione, che raccolgano informazioni rispetto al contesto di origine e alle condizioni durante il percorso migratorio, ma che sappiano anche considerare le mutue influenze che i differenti luoghi continuano ad esercitare sulle persone e sui gruppi nel nuovo spazio transnazionalizzato.

Tra *Public Health* e *Medical Anthropology*: saperi emergenti e nuove strategie di contrasto alle disuguaglianze al tempo della globalizzazione

Nel momento di condensare le riflessioni finali rispetto alla relazione tra antropologia medica e salute pubblica sorgono alcune perplessità e scelte di registro. Innanzitutto, prima di discutere le relazioni bisognerebbe arrivare a delle definizioni, ed esattamente come succede per i migranti è difficile dire cosa sia *Public Health* e cosa *Medical Anthropology*, perché all'interno di queste etichette coesistono interpretazioni e tensioni molto differenti. È quindi complesso attribuire un ruolo all'una o all'altra disciplina, senza descrivere e comprendere le dinamiche interne alle discipline stesse. Antropologia ed Epidemiologia si sono a lungo guardate con sospetto e diffidenza, se non con aperta e reciproca riprovazione, ma all'interno dei rispettivi campi disciplinari piccoli gruppi minoritari hanno da tempo cominciato a interagire, condividere e collaborare. Un incontro per nulla semplice, in quanto privo di definizioni e linguaggi comuni, con termini analoghi che sottendono significati estremamente differenti e altri apparentemente inconciliabili usati per definire gli stessi campi. Mettere insieme saperi e pratiche, basati da un lato su *evidenze scientifiche* e dall'altro su *interpretazioni* nella lettura del corpo e della malattia, significa ripercorrere l'antica polarizzazione tra *natura* e *cultura*. Al di là del lessico, dei simboli e dei modelli esplicativi, sono però le traiettorie delle discipline che allargano o restringono le differenze. Indipendentemente dagli apparati teorici, dunque, all'interno di ciascuno dei campi disciplinari vengono riprodotti o meno, citando con una certa libertà la Krieger, pattern di comportamento che riproducono quelli strutturali e di contesto in cui gli attori delle discipline si muovono.

In merito a questo potrebbero essere citati due articoli: uno di ambito medico, a firma di Iona Heath, apparso sul *British Medical Journal* (“*Crocodile tears for health inequality*”³²²); l'altro antropologico, di Nancy Scheper-Hughes e apparso su *Current Anthropology* (“*Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology*”³²³). L'articolo della Heath e quello della Scheper-Hughes si inseriscono, anche se in contesti differenti, in dibattiti più ampi rispetto al rapporto tra scienza e comunità in cui le scienze operano, rimandando alla responsabilità degli autori nella costruzione del sapere e, successivamente, alla preoccupazione rispetto all'uso dei saperi costruiti (l'articolo della Scheper-Hughes, per esempio, è inserito in una più ampia sezione di dibattito su “oggettività e militanza” in antropologia apparsa su *Current Anthropology*, in cui il contributo dell'autrice è posto a confronto con quello del collega D'Andrade³²⁴).

In definitiva potremmo dire che, con analogie al caso di Ghalia, i professionisti “*committed*”, indipendentemente che provengano dal non-luogo dell'antropologia medica o da quello della salute pubblica, si ritrovano in un luogo terzo che li accomuna nella loro appartenenza a una *minoranza culturale*. Questa “migrazione transdisciplinare”, riadattando metaforicamente Sayad, peggiora la condizione di precarietà professionale creando una “doppia assenza disciplinare”, con l'impossibilità una volta cominciato il percorso di integrarsi nel nuovo contesto perché portatori di un *habitus* differente, e allo stesso tempo impossibilitati a ritornare a casa (se non per brevi periodi e per ostentare le ricchezze accumulate nella migrazione!) perché autori di un tradimento. Intrappolati in questa comunità migrante, i transfughi disciplinari sono costretti alla ricostruzione di un meta-luogo dove riorganizzare le proprie esperienze, uno spazio per ricostruire i significati delle diverse discipline.

È pensando ironicamente ai migranti disciplinari e alla trasposizione metaforica del concetto di doppia assenza-presenza che possiamo analizzare il ruolo della Salute Pubblica e dell'Antropologia

³²² Heath I., *Crocodile tears for health inequality*, BMJ 2010; 340:c2970.

³²³ Scheper-Hughes N., *The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology*, Current Anthropology, 1995, Vol. 36, No. 3, pp. 409-440.

³²⁴ D'Andrade R., *Moral Models in Anthropology*, Current Anthropology, 1995, Vol. 36, No. 3, pp. 399-408.

Medica nei confronti delle disuguaglianze e dei determinanti al tempo della globalizzazione. Per compiere questa riflessione ci si può avvalere di un esempio fuori contesto, quello delle intersezioni tra Salute Pubblica e Antropologia in Brasile. L'esempio brasiliano delle relazioni tra queste discipline è interessante perché avviene in un contesto di Paese storicamente marginale nella tradizione e produzione scientifica di entrambi gli ambiti e quindi luogo ideale per lo sviluppo di concezioni e prassi ibride. Il caso del Brasile è interessante anche perché parte esattamente dalle premesse del dibattito antropologico tra scienza e militanza e di quello in Salute Pubblica sulla sovrabbondanza di dati che descrivono le disuguaglianze a fronte di una drammatica carenza di azioni di contrasto.

Il Brasile è una ex colonia che ha vissuto a pieno la schiavitù e la segregazione degli indigeni, una lunga dittatura militare, e che è ancora oggi uno dei Paesi con le maggiori disuguaglianze sociali e sanitarie al mondo³²⁵. In questo contesto si sono sviluppate correnti di pensiero in salute che hanno analizzato le disuguaglianze dalla prospettiva dei disegualizzati e non da quella dei disegualizzanti. I maggiori contributi alla riflessione si devono al movimento culturale chiamato Movimento Sanitario Brasiliano, nato durante il periodo della dittatura e in contrapposizione con questa, che aveva incentrato l'assistenza sanitaria per la popolazione su di un sistema estremamente medico-centrico, assistenzialista, inefficiente, scoordinato, mal distribuito e inefficace³²⁶. Il Movimento Sanitario proponeva al contrario un concetto fortemente politicizzato e universale di salute³²⁷, e attraverso un'aperta critica alla Salute Pubblica tradizionale ha lentamente definito e affermato in Brasile la prospettiva della Salute Collettiva (*Saúde Coletiva*). Con tale termine si intende un campo del sapere e un ambito di pratiche "multi/inter/transdisciplinare", basato sulla triade ideologia-sapere-pratiche e avente come obiettivo quello di lavorare preliminarmente sui seguenti punti: "dimostrare che la malattia ha una carattere storico e sociale; definire un oggetto di studio che permetta un approfondimento nella comprensione dei processi salute-malattia come processi sociali; concettualizzare i nessi di casualità o meglio le determinazioni". Così la Salute Collettiva è emersa come un "movimento ideologico generatore di un campo scientifico, che si è fortemente sviluppato nelle ultime tre decadi, e un campo di pratiche controegemoniche che presenta differenze significative in relazione alla Salute Pubblica e al modello medico egemonico."³²⁸

Al contrario l'antropologia brasiliana, come riportato dalla Minayo, resta a lungo concentrata sulla grande ricchezza di campi di ricerca (afrodiscendenza, indigeni, culti religiosi e pratiche creolizzate ecc.) e mostra un interesse scarso o nullo per l'ambito della medicina. È proprio grazie alla spinta transdisciplinare dell'Associazione Brasiliana di Salute Collettiva che essa, o meglio l'Antropologia della Salute, è entrata nell'ambito sanitario a fianco di altre discipline che configurano l'ampio campo della salute, dalle scienze sociali all'epidemiologia. Per questo, dice Minayo, l'Antropologia della Salute brasiliana non si è costituita in maniera sussidiaria o subordinata alla medicina, ma al contrario si è consolidata come elemento disciplinare strategico nell'analisi della salute. Ha apportato concetti, teorie e metodi contribuendo all'interpretazione e alla comprensione di comportamenti, pratiche, rappresentazioni, percezioni e relazioni a partire da un campo, ovvero quello della Salute Collettiva, fin dall'inizio teorico-pratico e apertamente controegemonico, in cui la collaborazione multidisciplinare assunto un carattere strategico fortemente associato all'intervento. La partecipazione nelle pratiche ha consentito all'antropologia brasiliana di lavorare dentro le istituzioni, fino ad essere incorporata negli ambiti istituzionali sia della gestione sia della

³²⁵ AA.VV., *Health in Brazil*, The Lancet Series, The Lancet 2011, da <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>

³²⁶ Paim J., *Atenção à saúde no Brasil*, in: a cura di Paim J., *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*, EDUFBA Salvador-Ba 2006, pp. 11-12.

³²⁷ Minayo M.C., *Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde*, in: Campos G.W., Minayo M.C., Akerman M., Drumond Júnior M., et alii, *Tratado de saúde coletiva*, Hucitec, Fiocruz, Rio de Janeiro 2006, pp. 201-230.

³²⁸ Paim J., *Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva?*, in: a cura di Paim J., *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*, EDUFBA Salvador-Ba 2006, pp. 143-145.

politica.

L'ingresso dell'antropologia medica nella vita pubblica, in un campo di pratiche della promozione della salute come bene della società, ha richiesto un adattamento degli antropologi ai ritmi e alle logiche del campo sanitario. L'inserimento accademico dentro ai corsi di formazione e nelle ricerche del campo biomedico ha necessitato lo sviluppo di strumenti didattici e di ricerca che potessero supportare la formazione di professionisti sanitari non accademici, e la ricerca in ambiti specifici di settore. Con il passare del tempo anche all'interno dell'ambito accademico hanno cominciato a distinguersi antropologi e antropologi medici che lavoravano prevalentemente in un campo unidisciplinare, quelli che la Minayo chiama antropologi *strictu sensu*, prestatosi puntualmente alla formazione e alla ricerca del campo multidisciplinare ma normalmente operanti nel proprio spazio disciplinare; antropologi multidisciplinari, o come li definisce la Minayo antropologi *latu sensu*, definitivamente stabilitisi nello spazio della multidisciplinarietà e pienamente integrati nel campo della Salute Collettiva; un terzo gruppo di professionisti di altre aree (la Minayo parla soprattutto di medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi e nutrizionisti) che si sono parzialmente appropriati delle teorie, dei metodi e degli strumenti dell'antropologia, al fine di:

“illuminare i propri oggetti di lavoro senza necessariamente possedere e utilizzare una visione completa della disciplina. Anche se questi professionisti si sono appropriati della disciplina in modo ridotto e frammentato, sono molto importanti per lo sviluppo dell'area, perché è lì dove si realizza un movimento complesso e ricorsivo di scambio di saperi che si costruiscono gli elementi teorici e metodologici di base per l'inclusione delle questioni sociali relative ai processi di salute-malattia”³²⁹.

Negli ultimi anni, in Brasile, un numero elevato di professionisti sanitari è stato esposto, in corsi di post grado, master e dottorato, ai saperi e alle pratiche dell'antropologia medica e si registra un numero crescente di progetti, valutativi o operativi, in cui è forte la presenza di personale formato da antropologi.

Senza voler nascondere le tensioni causate dall'approssimazione di diverse discipline, e dal lavoro in una prospettiva controegemonica, l'insegnamento che la Salute Collettiva brasiliana ci consegna si può leggere nei suoi indicatori di salute³³⁰. Il Brasile è un Paese che si muove a grandi passi da una situazione epidemiologica tra le più diseguali al mondo verso una di evidente transizione epidemiologica, e in cui le forti contraddizioni interne non hanno impedito, se pure in un contesto di libero mercato, la riduzione delle disuguaglianze economico-sanitarie a un ritmo che è tre volte più rapido delle mete stabilite dagli Obiettivi del Millennio³³¹. Il *commitment* di professionisti, accademici, semplici cittadini ha consentito di guidare il sistema sanitario brasiliano verso l'universalismo, tra innegabili difficoltà e contraddizioni ma dando corpo alla prospettiva che, per contrastare le disuguaglianze e promuovere la salute della popolazione, è necessario investire in quel non-luogo di mezzo tra discipline, nello spazio dove le teorie e le pratiche si incontrano e si scambiano conoscenze.

Forse, in ultima analisi, il contrasto delle disuguaglianze e la promozione della salute non saranno appannaggio né dell'antropologia medica né della salute pubblica, ma di quelle seconde o terze generazioni di professionisti figli di migranti disciplinari, cresciuti in luoghi meticcii e in cui le conoscenze sono ben radicate nelle pratiche. In questo senso, la costruzione di saperi emergenti e la definizione di nuove strategie di contrasto alle disuguaglianze è un compito che probabilmente

³²⁹ Minayo M.C., 2006, op. cit.

³³⁰ The Lancet Series, Health in Brazil, 2011, op. cit.

³³¹ Côrtes Neri M., *De Volta ao País do Futuro: Projeções, Crise Européia e a Nova Classe Média*, FGV/CPS, Rio de Janeiro 2012.

spetta alla collettività, attraverso strategie di mediazione che sappiano costruire e mantenere un luogo di frontiera. Per citare Tillich, infatti, “il confine è il luogo migliore dove acquisire conoscenza”³³².

Considerazioni finali

Questa tesi di dottorato, al pari della ricerca di campo, ha seguito un percorso multisituato: sviluppata a partire da saperi medici, all'interno di un dottorato in cooperazione internazionale allo sviluppo sostenibile in cui si sono intrecciati i quadri disciplinari dell'agronomia, delle scienze politiche e dell'antropologia, sotto la supervisione di un tutor di salute pubblica e di uno di antropologia, attraverso stage all'estero in contesti geografici e culturali differenti.

Parte del lavoro di preparazione teorica infatti è stato svolto in Australia presso la School of Public Health della La Trobe University di Melbourne, sotto la supervisione del prof. David Legge, accademico, docente di salute pubblica ma allo stesso tempo “attivista” del People's Health Movement, con cui sono state affrontate le questioni relative alle interazioni micro-macro, alle intersezioni tra il campo teorico della promozione della salute, quello della globalizzazione e quello della migrazione, al ruolo dell'attivismo sanitario come strategia per il contrasto delle disuguaglianze e ai significati etici dell'attivismo in relazione alla “integrità accademica”. Sempre a Melbourne, sotto la supervisione del prof. Bill Genat, sono stati esplorati il ruolo della ricerca-azione partecipata nella costruzione delle conoscenze e il ruolo dell'approccio partecipativo *bottom up* nel *knowledge transfer*. Ne è emersa la suggestione che un approccio di formazione basato sulla ricerca-azione e sull'apprendimento costruito sulle esperienze possa avere un ruolo potenzialmente elevato nella formazione continua degli operatori sanitari, nel migliorare la loro *accountability* e il loro coinvolgimento nel contrasto delle disuguaglianze. La ricerca-azione può infatti avere successo nel produrre informazioni localizzate e posizionate rispetto al contesto globale, contribuendo a definire, come nel caso della ricerca del Centro di Consultazione, quali sono i determinanti strutturali e locali che agiscono sul territorio e a co-costruire le strategie più appropriate per la presa in carico della popolazione più fragile.

Dall'altra parte dell'oceano, invece, nell'Università Federale della Bahia presso l'Istituto di Salute Collettiva, sotto la supervisione della professoressa Leny Trad, sono state approfondite le relazioni teoriche e concettuali, nonché alcuni strumenti metodologici di interfaccia, tra la ricerca antropologica, la psicologia clinica, la psichiatria e le migrazioni, nel tentativo di definire il campo “della nuova psichiatria transculturale” post culturalista, affrontando i problemi del campo psicologico ed emozionali nella loro stretta articolazione con la biologia e il sociale. A partire da queste delimitazioni, sono state tracciate alcune linee guida teoriche e pratiche per approfondire la relazione tra cultura e psicosi nella prospettiva contemporanea di una società produttrice di nuove forme di soggettività e relazioni interpersonali, dove il tradizionale ed il post moderno si interpenetrano in forme ibride più o meno favorevoli alla veicolazione delle particolarità culturali locali. Con la professoressa Trad sono stati analizzati preliminarmente i materiali empirici, tentando in un primo tempo l'utilizzo di programmi di analisi qualitativa come Weft QDA ed estraendo le prime categorie e parole chiave: fragilità, reti sociali, famiglia, accessibilità amministrativa dei servizi, inclusione sociale; scoprendo tuttavia, durante il processo, che un'analisi classica manuale sarebbe stata più proficua.

La fase di analisi attraverso software ha paradossalmente richiesto un alto investimento in relazioni umane per quanto riguarda la condivisione con altri colleghi di dottorato delle modalità di utilizzo

³³² Tillich P., 1967, op. cit.

del programma. In questa comunità di pratiche, accomunata dalla solidarietà dei dottorandi a fine percorso, sono circolate numerose considerazioni sull'utilità del dottorato stesso e sulle prospettive future. Considerando che anche in Brasile da molti anni esiste una banca dati pubblica delle tesi di dottorato, e il carico emotivo aggiuntivo che la pubblicazione on line apporta alla stesura del testo, uno dei colleghi brasiliani ha commentato: “produciamo un testo adesso che fisserà la nostra dimensione professionale per i prossimi anni e con cui tra anni saremo completamente in disaccordo”. Questa frase, con la sua carica a prima vista demotivante, rappresenta probabilmente il miglior auspicio rispetto al percorso di ricerca in un ambito tanto complesso quanto rapidamente evolutivo come quello della medicina al tempo della globalizzazione. Riprendendo il tema del *publication bias* e tornando alle origini del lavoro scientifico, delle teorie valide solo finché non se ne trova una migliore, la speranza è appunto di essere, tra dieci anni, “completamente in disaccordo” con quanto è stato prodotto in questo lavoro.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV., *Health in Brazil*, The Lancet Series, The Lancet 2011, <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>

AA.VV., *Sofferenza Sociale*, Annuario di Antropologia, Vol. 8., Meltemi, Roma, 2006.

Acheson D., *Independent inquiry into inequalities in health*, The Stationery Office London, 1998.

Agamben G., *Homo Sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino, 1995.

Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, *Dossier 145-2007. Disuguaglianze in cifre Potenzialità delle banche dati sanitarie*, a cura di: Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, Regione Emilia-Romagna, Bologna, marzo 2007.

Ahmed I., Sutton A.J., Riley R.D., *Assessment of publication bias, selection bias, and unavailable data in metaanalyses using individual participant data: a database survey*, BMJ, 2012, 344:d7762.

Allan Y., *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton, 1995.

Almeida N., *Integração metodologica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativoqualitativo*, in Goldenberg P., Marsiglia R.M.G., Gomes M.H.A., *O Classico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em Ciências Sociais e Saúde*, Fiocruz, Rio de Janeiro; 2003.

Almeida N., *Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto*. RAP, Rio de Janeiro, 2000, v.34, n.6.

Barker D., *Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life*, The Lancet, 1993, 341: 938-941.

Barker D.P.J., *Mothers, babies, and disease in later life*. BMJ Publishing Group, London, 1994.

Baroncini D., Basevi V., Battaglia S., Caranci N., Lupi C., Perrone E., Simoni S., Verdini E., *La nascita in Emilia-Romagna. 7° rapporto sui dati del certificato di assistenza al parto (cedap). Anno 2009*, Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, 2010. http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2009.pdf

Basaglia F. (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1980.

Basaglia F., *Conferenze brasiliane (1979)*, Raffaello Cortina, Milano, 2000.

Benadusi M., (a cura di) *Dislocare l'antropologia: connessioni disciplinari e nuovi spazi epistemologici*, Guaraldi, 2006.

Beneduce R., *Etnopsichiatria, sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Carocci

editore, Roma, 2007.

Benzeval M., Judge K., Whitehead M., *Tackling inequalities in Health: An agenda for action*, King's Fund, London, 1995.

Black R. et alii, *Where and why are 10 million children dying every year?*, The Lancet, 2003, 361:2226-2232.

Black R., Natali C., Skinner J., *Migration and inequality. Equity and Development*, World Development Report, 2006, Background Papers.

Blane D., *The life course, the social gradient, and health*. in Marmot M., Wilkinson R.G. (a cura di), *Social determinants of Health*. Oxford University Press, Oxford, 1999.

Blankenship K.M. et al., *Structural interventions in public health*. AIDS, London, England, 2000, 14(1): 11-21.

Bocchi G., Ceruti M., *La sfida della complessità*, Bruno Mondadori, Milano, 2007. Callari Galli M., *Lo spazio dell'incontro. Percorsi nella complessità*, Meltemi, Roma, 1996.

Borofsky R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi editore, Roma, 2004.

Borofsky R., *Why a Public Anthropology?*, Center for a Public Anthropology, Hawaii Pacific University, 2010.

Bourdieu P., Wacquant L., *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.

Bourdieu P., Wacquant L.J., *An Invitation to Reflexive Sociology*, The University of Chicago, Cambridge Uk, 1992.

Bourdieu P., *Introduzione* in Sayad A., *La doppia assenza. Dall'illusione dell'emigrato alla sofferenza dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano, [1999] 2003.

Brunner E., *Socioeconomic determinants of health: stress and the biology of inequality*. British Medical Journal, 1997, 314:1472.

Brunner E., Marmot M., *Social organization, stress, and health*, in Marmot M., Wilkinson R.G. (a cura di), *Social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford, 2006.

Buiatti E., *L'abitudine al fumo in Italia*, Rivista cultura e società, Franco Angeli, 2007.

Butler J., *Giving An Account of Oneself*, New York: Fordham University Press, 2005.

Callari Galli M., Scandurra G., *Stranieri a casa. Contesti urbani, processi migratori e giovani migranti*, Guaraldi, Rimini, 2009.

Canadian Health Services Research Foundation, *Leveraging Knowledge: tools & strategies for*

- action, Report of the 7th CHSRF Annual Invitational Workshop, Montreal, Quebec, March 3, 2005.
- Cardano M., Costa G., Demaria M., *Social mobility and health in the Turin longitudinal study*. Soc Sci Med, 2004, 58: 1563-74.
- Chiazzo A., Cois E., *Il supporto sociale*, in Costa G., Spadea T., Cardano M., *Diseguaglianze di Salute in Italia*. Epidemiologia & Prevenzione, 2004, 28 (3): 57-63.
- Cirillo C., *Mani Pulite e Sanità* in Minerva D., *La fiera delle sanità: Politici corrotti. Medici cialtroni. Imprenditori rapaci. Criminali e burocrati. Un giro d'affari da 100 miliardi di euro. Tra abusi, truffe e disservizi, ecco chi mette in pericolo la salute degli italiani*, RCS libri, Milano, 2008.
- Coe J., Leutchford M., *Kingham Tracking routes towards impact*, Department internal report, ELDIS, Brighton, UK, 2002.
<http://www.id21.org/id21-info/impact/report.pdf>
- Colombo A., Sciortino G., *Assimilati ed esclusi*, Il Mulino, 2002.
- Corbellini G., Jervis G., *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, 2008.
- Côrtes Neri M., *De Volta ao País do Futuro: Projeções, Crise Européia e a Nova Classe Média*, FGV/CPS, Rio de Janeiro, 2012.
- Costa G., Spadea T., Faggiano F., Cardano M., *Diseguaglianze nella salute: determinanti e politiche in Italia negli anni '90*, 2000 www.gimbe.org/lea/doc/costa.doc
- Costa G., *I determinanti sociali*, in Costa G., Spadea T., Cardano M., *Diseguaglianze di Salute in Italia*, Epidemiologia & Prevenzione, 2004, 28: 17.
- Crane P., O'Regan M., *On PAR Using Participatory Action Research to Improve Early Intervention*. Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Australian Government, 2010.
- Crawford R., *Are you dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. Embodying Inequality Epidemiologic Perspectives*, in Krieger N. (a cura di), Baywood Publishing Company, New York, 2005.
- Csordas, T.J., *Embodiment as a paradigm for anthropology*, Ethos: Journal of the society for Psychological anthropology, 18, 1990.
- Csordas T., *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.
- Cueto M., *The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health*, American Journal of Public Health, November 2004, 94(11): 1864–1874.
- Dahlgren G., Whitehead M., *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm:

Institute for Future Studies, 1991.

D'Andrade R., *Moral Models in Anthropology*, Current Anthropology, Vol. 36, No. 3, 1995.

Davies A., Basten A., Frattini C., *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*, International Organization for Migration background paper, Geneva 2006.

Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.

<http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm>

Department of Health and Social Security, *Inequalities in health. Report of a research working group*. DHSS, UK, 1980.

Di Vittorio P., *Foucault e Basaglia. L'incontro tra genealogie e movimenti di base*, Ombre corte edizioni, Verona, 1999.

Dickersin K., Chalmers I., *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, 2012, 105(3):96.

Dikhanov Y., *Trends in Global Income Distribution, 1970-2000, and Scenarios for 2015*, Human Development Report Office, *Occasional Paper*, UNDP 2005

<http://hdr.undp.org/en/media/globalincometrends.pdf>

Dossier Pianura Est, *Immigrazione nel Distretto Pianura Est. Presenze, ombre e luci dal territorio*, N. 3, Novembre 2009.

Erlicher A., Maranesi T., Re E., Stuflessler M., *La legge 180 e lo stato dell'arte psichiatrica trent'anni dopo*, Psichiatria di Comunità, 4, 2008.

Errani V., *Il nostro impegno per l'Emilia-Romagna*, Intervento programmatico del Presidente, Agenzia informazione e ufficio stampa della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna, 2010.

Evans R.G., Stoddart G. L., *Producing health, consuming health*, Social Science&Medicine, 1990, 31: 1347- 63.

Fao-OMS, *Declaration of Alma-Ata*, Alma Ata Kazakistan, 1978.

[www.who.int/hpr/NPH/docs/ declaration almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

Farmer P., Connors M, Simmons L, *Women, poverty and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence*, Common Courage Press, Monroe, Maine, 1996.

Farmer P., *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, University of California Press, Berkeley, 1999.

Farmer P., *Pathologies of Power*, University of California Press, Berkeley, 2003.

- Farmer P., *An anthropology of structural violence*, Current Anthropology, vol. 45, 2004.
- Farmer P., *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- Fassin D., *Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé*, Anthropologie et sociétés, 2000, 24,1.
- Fassin D., *The Biopolitics of Otherness: Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate*. Anthropology Today Vol. 17, No. 1, Feb., 2001.
- Fassin D., *Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du Sida*, L'Homme. Revue française d'anthropologie, vol. 160, 2001.
- Fassin D., *La biopolitica dell'alterità*, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina, 2006.
- Fassin D., *When Bodies Remember Experiences and Politics of AIDS*, South Africa, University of California Press, Ltd. London, England 2007.
- Fassin D., Le Marcis F., Lethata T., *Life and times of Magda. A Biography of Violence*, South Africa, Current Anthropology, vol. 49, n. 2, 2008.
- Fassin D., *The embodied past. From paranoid style to politics of memory*, Social Anthropology, vol. 16, n. 3, 2008.
- Fioritti A. (a cura di), *Leggi e Salute Mentale – Panorama Europeo della Legislazione di Interesse Psichiatrico*, Centro Scientifico Editore, 1999.
- Foucault M., *Storia della follia o follia dell'età classica*, Biblioteca Universale Rizzoli, 1972.
- Foucault M., *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1975.
- Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1976.
- Foucault M., *Microfisica del potere. Interventi politici*, Einaudi, Torino, 1977.
- Foucault M., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-74)*, Feltrinelli, Milano, 2004.
- Fusaschi M., *Corporalmente corretto*, Meltemi, Roma, 2008.
- Gad C., *On the Consequences of Post-ANT*, Science, Technology & Human Values, Vol. 35, Number 1, January 2010.
- Galanti G.A., *Vietnamese family relationships. A lesson in cross-cultural care*, West J Med., 2000 June, 172(6): 415–416.

Galea S., Vlahov D., *Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration*. *Public Health Rep.*, 2002,117(1): S135–S145.

Galtung J., *Violence, Peace, Peace Research*, 1969, 6.3, *Journal of Peace Research*.

Genat B., *Building emergent situated knowledges in participatory action research*, *Action Research*, Vol. 7(1): 101–115, 2009.

Giddens A., *La costituzione della società. Lineamenti di teoria della strutturazione*, Edizioni di Comunità, Milano, 1990.

Gilman E., Abrams A., Buka S.L., *Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use: initiation, regular use, and cessation*, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003, 57:802–808.

Good B., Good MJD., *The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice*, in: Eisenberg L., Kleinman A., *The Relevance of Social Science for Medicine*, D Reidel, the Netherlands, 1980.

Good BJ., Del Vecchio, Good MJD., *The Semantics of Medical Discourse*, in Elkana Y., Mendelsohn E., *Sciencens and Culture, Sociology of the science Yearbook*, D Reidel, the Netherlands, 1981

Good B.J., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999.

Hannerz U., *La complessità culturale. L'organizzazione sociale del significato*, Il Mulino, Bologna, 1998.

Hart J.T., *The Inverse Care Law*, *Lancet*, 1971, 1(7696): 404-412.

Heath I., *Crocodile tears for health inequality*, *BMJ*, 2010, 340:c2970.

Helman C., *Culture, health and illness: an introduction for health professionals*, Butterworth-Heinemann, 1990.

Helman C., *Culture, health and illness*, Oxford University Press, London 2001.

Hirschman C., Manh Loi V., *Family and household structure in Vietnam: Some glimpses from a recent survey*, *Pacific Affairs*, Vol. 69, No. 2, 1996.

Hobsbawm E.J., *Il secolo breve. 1914-1991: l'era dei grandi cataclismi*, Rizzoli, Milano, 1995.

Hong Ng C., *The stigma of mental illness in Asian cultures*, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1997, 31:382-390.

Horton R., *Countdown to 2015: a report card on maternal, newborn and child survival*, *The Lancet* 2008, 371(4).

Huynen MMTE., Martens P., Hilderink HBM., *The health impacts of globalisation: a conceptual framework. Globalization and Health*, 2005, 1(14).

Israel B.A. et al., *Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. Health Education & Behavior*, 1994, 21: 149-170.

Janes C.R., Corbett K.K., *Anthropology and global health, Annual Review of Anthropology*, Vol. 38, 2009,

Jarvis M.J., Wardle.J, *Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking*, in Marmot M., Wilkinson R.G. (a cura di), *Social determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford, 1999.

Karasek R.A, *Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Administrative Science Quarterly*, 1979, 24: 285-308.

Kirmayer L. et alii, *Development and Evaluation of a Cultural Consultation Service in Mental Health*, 2001.

Kirmayer L.J, Groleau D., Guzder J., et alii, *Cultural Consultation: A Model of Mental Health Service for Multicultural Societies*, FOCUS, 2006, 4:125-125.

Kirmayer et alii, *Final Report*, 2011. www.ethnopsychiatrie.net

Klein R., *Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform*, The Milbank Quarterly, 1995, Vol. 73, N.3.

Kleinman A., *Concepts and a model for the comparison of medical systems*, Social Science and Medicine, Vol. 12, 1978.

Kleinman A., *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, England, 1980.

Kleinman A., Mechanic D., *Mental illness and psychosocial aspects of medical problems in China*, In Kleinman A., Lin T., eds. *Normal and abnormal behaviour in Chinese culture*, Dordrecht: D. Reidel Publishing, 1981.

Kleinman, A., Kleinman, J., *Suffering and its professional transformation*, in Culture, Medicine and Psychiatry Vol. 15, n.3, , 1991.

Kleinman A., Das V., Lock M., *Social Suffering*, University of California Press, Berkeley, 1997.

Krieger N., *Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?*, Soc Sci Med, 1994, 39:887–903.

Krieger N., *Embodying Inequality: A Review of Concepts Measures, and Methods for Studying*

Health Consequences of Discrimination. International Journal of Health Services, 1999,29 (2): 295-352.

Krieger N., *Commentary: society, biology, and the logic of social epidemiology*, Int J Epidemiol, 2001, 30:44–46.

Krieger N., *Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective*. Int J Epidemiol, 2001, 30:668–677.

Krieger N., *Epidemiology and the people's health : theory and context*, Oxford University Press, 2011.

Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A., *Health effects of migration*, Dan Med Bull, 2007, 54:46-7.

Kuh D. et al., *Power, Life course epidemiology*, J Epidem Community Health, 2003, 57 (10): 778-783.

Kuh D., Ben-Shlomo Y. (a cura di), *A life course approach to chronic disease epidemiology*, Oxford University Press, Oxford, 1997.

Labonté R., Mohindra K., Schrecker T., *The Growing Impact of Globalization for Health and Public Health Practice*, Annual Review of Public Health, 2011, Vol. 32.

Lacarpia P., Lelleri R., Osservatorio provinciale delle Immigrazioni di Bologna, *Report Stranieri e Appartenenza Religiosa*, luglio 2010.

Law J., Hassard J., (a cura di) *Actor network theory and after*, Blackwell Publishers, Oxford, 1999.

Legge D., Gleeson D.H., Wright M. et alii, *Micro macro integration: Reframing primary healthcare practice and community development in health*, Critical Public Health, Taylor & Francis, June 2007, 17(2): 171–182.

Lien O., *Attitudes of the Vietnamese community towards mental illness*, Australasian Psychiatry, 1993, 1: 11&112.

Linch J.W. et al., *Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States*, Am J Public Health, 1998: 1074-1080.

Lock M., Scheper-Hughes, N., *A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent*, in Johnson T.M, Sargent C.F. (a cura di), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, Praeger New York, 1990.

Lock M., Scheper-Hughes N., *Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.

Lock M., Nguyen V., *Anthropology of Biomedicine* Wiley-Blackwell, 2010.

Macintyre S., Maciver S., Sooman A., *Area, class and health; should we be focusing on places or*

people?, J Soc Policy, 1993, 22: 213-34.

Macintyre S., Ellaway A., Cummins S., *Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them?*, Social Science Med, 2002, 55: 125-39.

<http://www.esf.org>

Maciocco G., *Le disuguaglianze nella salute all'internodi una nazione*, Savar rivista del nursing in movimento, 2004.

Maciocco G., Stefanini A., *From Alma-Ata to the Global Fund: the history of international health policy*, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2007, 7(4), 479-486.

Maciocco G., *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2009.

Marchetti M., *Il futuro dimenticato. L'economia italiana dalla metà degli anni '60 ad oggi*, Franco Angeli, Milano, 2006.

Marcia C., *Medical Anthropology against War* Medical Anthropology Quarterly Volume 22, Issue 4, 2008.

Marcus G. E., *Ethnography in/of the World System: the emergence of multi-sited ethnography*, Annual Review of Anthropology, Vol. 24 1995.

Marinacci C., Cois E., *Il lavoro*, in Costa G., Spadea T., Cardano M., *Diseguaglianze di Salute in Italia*. Epidemiologia & Prevenzione, 2004; 28 (3): 40-50.

Marmot M., Wilkinson R., *Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et Alii*, British Medical Journal, 2001, 322: 1233-6.

Marmot M., Brunner E., *Cohort profile: the Witheall II study*. International Journal of Epidemiology, 2004.

Marmot Review Team, *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010*, London, Marmot Review, 2010.

<http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>

Martino A., Bodini C., *La salute negata: da Alma Ata ai Millenium Development Goals, e ritorno*, in Pellicchia U., Zanutelli F., (a cura di), *La cura e il potere*, Firenze Ed.It, 2010.

Matthew W. et alii, *Achieving Cultural Appropriateness in Health Promotion Programs: Targeted and Tailored Approaches* Health Educ Behav, 2003, vol. 30, no. 2.

Mauss M., *Les techniques du corps*. Communication présentée à la Société de Psychologie, XXXII, 3-4, 1936.

Minayo M.C., *Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde*, in: Campos G.W., Minayo M.C., Akerman M., Drumond Júnior M., et alii, *Tratado de saúde coletiva*, Hucitec, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

Minayo M.C., *Modalidades de abordagens compreensivas, in O desafio do Conhecimento, Persquisa qualitativa em saude*, Editora Hucitec, Sao Paulo, decima edição, 2007.

Minayo M.C., *O desafio do Conhecimento, Persquisa qualitativa em saude*, Editora Hucitec, Sao Paulo, decima edição, 2007.

Montero M., *Participation in Participatory Action Research*, Annual Review of Critical Psychology, Vol. 2, 2000.

Morin E., *Introduzione al pensiero complesso*, Sperling & Kupfer, Milano, 1993.

Moro MR, Moro I., et alii, *Avicenne l'andalouse. Devenir psychothérapeute en situation transculturelle*, La Pensée sauvage, Grenoble, 2004.

Moro M.R., *Psicopatologia transculturale. Dall'infanzia all'età adulta*, Koinè, Roma, 2010.

Naomar A., *Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil*. Rev. Saúde Pública, 38:45-54, 2004.

Nathan T., Moro M.R., *Enfants de djinné. Evaluation ethnopsychanalytique des interactions précoces*. In: Lebovici S., Mazet Ph., Visier J.P., *Evaluation des interactions précoces*. Paris: E.S.H.E.L., 1989.

Nguyen L.T., Henkin A.B., *Vietnamese refugees in the United States: adaptation and transitional status*, J. of Ethnic Studies, 1984, 9 (4): 110-116.

Nichter M., Nichter M., *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*, Routledge, The Netherlands, 1996.

Nichter M., *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*, University of Arizona Press, 2008.

Pablos-Mendez A., Shademani R., *Knowledge translation in global health*, The Journal of continuing education in the health professions, 2006 Winter, 26(1):81-6.

Pacelli B., Bonvicini L. Ventura C., Candela S., *La popolazione immigrata in età 45-64 anni e l'effetto "migrante sano": è ancora presente o è già in atto la transizione epidemiologica? Alcune considerazioni sulla popolazione immigrata a Reggio Emilia, a partire dai ricoveri ospedalieri*.

Atti della XXXIII Riunione dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, Modena, 22-24 ottobre 2009

http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/cdf/gr_ric/pr_determin/stpr_associ/az/pubblicazioni/disug_cedap_2009/link.htm

Paim J., *Atenção à saúde no Brasil*, in: a cura di Paim J., *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*, EDUFBA Salvador-Ba, 2006.

Paim J., *Nova Saúde Pública ou Saúde Coletiva?*, in: a cura di Paim J., *Desafios para a Saúde Coletiva no seculo XXI*, EDUFBA Salvador-Ba, 2006.

Pandolfi M., *Sovranità mobile e derive umanitarie: emergenza, urgenza, ingerenza*, in Malighetti R., *Oltre lo sviluppo. Le prospettive dell'antropologia*, Meltemi, Roma, 2005.

People's Health Movement, Medact, Global Equity Gauge Alliance, *Global Health Watch 2005–2006. An alternative world health report*, Zed Books, London/New York, 2005.

Perfetti L.R., *La devolution: secessione, attacco al Welfare e alla Costituzione*, Aggiornamenti sociali: rivista mensile a schede, Centro Studi Sociali, Milano, fasc. n.2, 2003.

Perucci C., Prefazione al volume “*Diseguaglianze di salute in Italia*”, in Costa G., Spadea T., Cardano M. (a cura di), *Diseguaglianze di Salute in Italia*, Epidemiologia & Prevenzione, 2004, 28 (3): 1-161.

Pfeiffer J., Nichter M., *What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health?*, Medical Anthropology Quarterly, Vol. 22, No. 4, 2008.

Pizza G., *Antropologia Medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci editore, Roma, 2005.

Pomeranz J.L., *A Historical Analysis of Public Health, the Law, and Stigmatized Social Groups: The Need for Both Obesity and Weight Bias Legislation*, Obesity, 2008, 16(2).

Priebe S., Fioritti A., *Dopo la deistituzionalizzazione: stiamo imboccando il cammino contrario?* Psichiatria di Comunità, 3, 2004.

Quaranta I. (a cura), *Sofferenza Sociale*, Antropologia , Meltemi Editore, Roma, 2006, 6, 8.

Ragunath D., *Smallpox revisited*. Current Science, Vol. 83, No.5, September 2002.

Re E. (a cura di), *I servizi di salute mentale: storia e organizzazione istituzionale*, Università degli Studi di Milano, Istituto di Psicologia della Facoltà Medica, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda Dipartimento di Salute Mentale pubblicazione a diffusione interna ottobre 2006.

[http://www.personaedanno.it/index.php?](http://www.personaedanno.it/index.php?option=com_content&view=article&id=25059&catid=129&Itemid=376&mese=09&anno=2007)

[option=com_content&view=article&id=25059&catid=129&Itemid=376&mese=09&anno=2007](http://www.personaedanno.it/index.php?option=com_content&view=article&id=25059&catid=129&Itemid=376&mese=09&anno=2007)

Regione Emilia Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, *Piano della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna*

Riccio B., «Toubab» e «Vu cumprà». *Transnazionalità e rappresentazioni nelle migrazioni senegalesi in Italia*, CLEUP, 2007.

Rosengren A. et alii, *Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11.119 cases and 13.648 control from 52 countries (the interheart study): case control study*, Lancet, 2004, 364: 953-62.

Ryan M., *Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation*. British Medical Journal, 1995, 310:646–648.

Santarelli E., Figini P., *Does Globalization Reduce Poverty? Some Empirical Evidence for the Developing Countries*, in Lee E., Vivarelli M. (a cura di), *Understanding Globalization, Employment and Poverty Reduction*, ILO, Geneve, 2004.

Santos B., *Os Processos da globalização*, in Santos B., *Globalização: fatalidade ou utopia?*, Porto: Edições Afrontamento, 2001.

Sargent C., Larchanchè S., *Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness, and Access to Care*. Carolyn Annu. Rev. Anthropol., 40:345–61, 2011.

Sayad A., *La doppia assenza*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.

Scheper-Hughes N., Lock M. M., *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 1, No. 1. Mar., 1987.

Scheper-Hughes N., *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, Berkeley: University of California Press, 1992.

Scheper-Hughes N., *The Primacy of the Ethical: Propositions for a Militant Anthropology*, Current Anthropology, Vol. 36, No. 3, 1995.

Scheper-Hughes N., *Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, in Borofsky R. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Meltemi, Roma, 2000.

Scheper-Hughes N., *Making anthropology public Anthropology Today*, Vol. 25 No 4, August 2009.

Schultz M., *Rudolf Virchow*, Emerging Infectious Disease, 14(9), 2008.

Sen A., *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, 2001.

Sen A., *L'idea di giustizia*, Mondadori, Milano, 2010.

Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna, *Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo esperienze europee*, Dossier 111, Bologna, Regione Emilia Romagna, 2005.

Siegrist J.A., *Theory of occupational stress*, in Dunham J. (a cura di), *Stress in occupations: past, present and future*, Whurr Publishers Limited, London, 1999.

Singer M., *AIDS and the Health Crisis of the U.S. Urban Poor: The Perspective of Critical Medical Anthropology*, Social Science and Medicine 39: 93148. 1994.

Singer M., *Farewell to adaptationism: unnatural selection and the politics of biology*, Medical Anthropology Quarterly, 10, 4, 1996.

Stengers I. (a cura di), *Da una scienza all'altra. Concetti nomadi*, Hopefulmonster, Firenze, 1988.

Susser I., *The Anthropologist as Social Critic Working toward a More Engaged Anthropology*, Current Anthropology, Vol. 51, Supplement 2, 2010.

Taliani S., Vacchiano F., *Altri Corpi, antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Edizioni Unicopli, Milano, 2006.

Tarlov A. *Social determinants of health. The sociobiological translation.* in Blane D., Brunner E., Wilkinson R. (a cura di), *Health and social organization*. Routledge, Londra, 1996.

The World Bank, *World development report 1993. Investing in Health*, Oxford, University Press, Oxford, 1993

The World Bank, *World development indicators*. The World Bank, Ed. 2011.

Tillich P., *On the Boundary; an Autobiographical*, Sketch Collins, London, 1967.

United Nations, *The Millennium Development Goals report 2007*, New York, 2007. <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>

Vannoni F., Cois E., *L'emarginazione sociale*, In Costa G., Spadea T., Cardano M., *Disuguaglianze di salute in Italia*, Epidemiologia&Prevenzione, anno 28 (3), supplemento 32-39, 2004.

Vannoni F., Demaria M., Quarta D., Gargiulo L., Costa G., *Differenze occupazionali nello stato di salute e negli stili di vita nell'indagine ISTAT sulla salute 1999-2001*, Med Lav, 96 (suppl): s66-s84, 2005.

Virchow R., *Archiv. für Patholog. Anatomie u. Physiologie u. für klin Medicin*. 1848, vol II, núms. 1 y 2 clásicos en medicina social Medicina Social (www.medicinasocial.info) volumen 3, número 1, enero, 2008.

Wacquant L., *Punishing the Poor. The neoliberal government of social insecurity*, Duke University Press. London, 2009.

Wadsworth M., *Family and education as determinants of health.* in Blane D., Brunner E., Wilkinson R. (a cura di), *Health and social organisation.*, Routledge, London, 1996.

Wadsworth M., *Early life.* in Marmot M. , Wilkinson R.G. (a cura di), *Social determinants of Health.*, Oxford University Press, Oxford, 1999.

Whitehead M., *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990.

Whitehead M., *The concepts and principles of equity and health*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.

Whitehead M., Dahlgren G., Evans T., *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*, Lancet. 2001, 8, 358(9284): 833-6.

Wilkinson R., *Putting the picture together: prosperity, redistribution, health, and welfare*. in Marmot M., Wilkinson R.G. (a cura di), *Social determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford, 1999

Wilkinson R., Marmot M., *The solid facts*, second edition. Copenhagen, World Health Organization, 2003.

Wilkinson R., *Ourselves and others - for better or worse: social vulnerability and inequality*, in Marmot M., Wilkinson R.G., *Social determinants of health*, Oxford University Press, Oxford, 2006.

Willen S.S., Mulligan J., Castañeda H., *Take a Stand Commentary: How Can Medical Anthropologists Contribute to Contemporary Conversations on “Illegal” Im/migration and Health?*, *Medical Anthropology Quarterly* volume 25, Issue 3, 2011.

Woodward A., Kawachi I., *Why reduce health inequalities?*, *J Epidemiol Community Health*, 2000, 54: 923-9.

World Health Organization, *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Health for All Series No.3, World Health Organization, Geneva, 1981

World Health Organization, *Final report of the Measurement and Evidence Knowledge Network - The social determinants of health: developing an evidence base for political action*, WHO 2007. http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf

World Health Organization, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva, 2008.

World Health Organization, *The world health report 2008: primary health care now more than ever*, Geneva 2008.

World Health Organization, *Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health, Inequalities in England*, WHO, 2010. <http://www.marmotreview.org/english-review-of-hi>

Young A., *Internalizing and externalizing medical belief systems: An Ethiopian example*, *Social Science & Medicine*, Volume 10, Issues 3-4, March-April 1976.

Young A., *The Anthropologies of Illness and Sickness*, *Annual Review of Anthropology*, Vol. 11, 1982.

Young A., *Antropologie della “illness” e della “sickness”*, tr. it. In Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.

Zanelli E., *Diritto, economia e giustizia. Da Pindaro a Amartya Sen*, *Economia e diritto del terziario*, 2010,

Zavoli S., *C'era una volta la prima repubblica: cinquant'anni della nostra vita*, Rai-Eri Roma, Mondadori, Milano, 1999.

Zimmet P., Alberti K., Shaw J., Global and societal implications of the diabetes epidemic. Nature, 2001, 414,13.

SITOGRAFIA

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Legge 13 maggio 1978, n. 180.

http://www.tutori.it/L180_78.html

Ausl di Bologna, *Bilancio di Missione 2009*.

http://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/bilancio-dimissione-e-altra-documentazione/index_html

Ausl di Bologna, *I distretti: partecipazione e accesso*.

<http://www.ausl.bologna.it/asl-bologna/distretti>

Centro Frantz Fanon.

www.associazionefanon.org

E-R, Sociale, Faq sui piani di zona.

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/entra-in-regione/piano-sociale-esanitario/faq-sui-piani-di-zona-1>

International Organization for Migration.

<http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/key-migration-terms/lang/en#Migration>

I Piani di Zona. <http://www.edscuola.it/archivio/handicap/zona.html>

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. (G.U. n. 360 del 28 dicembre 1978).

<http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=21035>

La Costituzione delle Repubblica Italiana.

<http://www.governo.it/governo/costituzione/principi.html>

Legge 8 novembre 2000, n. 328. *Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.html>

Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29 LR-ER-2004-29 *Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale*.

<http://www.consultoriemiliaromagna.it/file/user/lr-er-2004-29.pdf>

Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011, Dgr. 313/2009.

<http://www.saluter.it/documentazione/leggi/.../delibere/dgr-313-2009>

Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale, 2009-2011.

http://www.comune.sanpietroincasale.bo.it/nuovo%20sito/nuovi%20docs/Piani_di_zona/piano%202009/PIANO%20TRIENNALE%202009%20-%202011.pdf

Piano di Zona Pianura est, Sistema Integrato di interventi e servizi sociali, 2002-2003.

<http://www.provincia.bologna.it/sanitasociale/Engine/RAServeFile.php/f/Pianidizona/piani/pianodiz>

[onapianuraest.pdf](#)

Programma Regionale “Giuseppe Leggieri. Integrazione tra cure primarie e salute mentale”.

<http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/programma-regionale-giuseppe-leggieriintegrazione-tra-cureprimarie-e-salute-mentale>

Provincia di Bologna. Piani di Zona per la Salute e il Benessere Sociale.

<http://www.provincia.bologna.it/sanitasociale/Engine/RAServePG.php/P/290311180908/>

Provincia di Bologna, Servizi sociali, non profit e Sanità.

<http://www.provincia.bologna.it/probo/Engine/RAServePG.php/P/276310010808/T/Servizi-sociali-non-profit-sanita>

Publications bias.

<http://www.cochrane-net.org/openlearning/html/mod15-2.html>

Regione Emilia Romagna, Piano Sociale e Sanitario 2007-2009.

http://www.uilfplmiliaromagna.it/documenti/lug07/pssr_2007-2009_29giu07.htm

Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale.

www.educationglobalhealth.eu

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (G.U. Serie Generale n. 305 del 30 dicembre 1992).

<http://www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=13209>

Saluter. Il portale del Servizio Sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, *La legislazione nazionale e regionale*.

<http://www.saluter.it/ssr/la-legislazione-del-ssr>

The Cochrane Collaboration.

<http://www.cochrane.org/>

The Cochrane Collaboration.

<http://www.cochrane-handbook.org/>

Tutela dei sistemi ambientali e delle risorse naturali e storico-culturali.

http://cst.provincia.bologna.it/ptcp_tavole/viewer.html

UN Statistic Division.

<http://unstats.un.org/unsd/default.htm>

WHO, Social Determinants of health

http://www.who.int/social_determinants/en/