

Democrazia, disuguaglianza e salute globale

a cura di Antonella Cammarota, Valentina Raffa



**Sociologia
Politica**

FrancoAngeli

OPEN ACCESS

Sociologia Politica

COLLANA DIRETTA DA **GIANFRANCO BETTIN LATTES, PIETRO FANTOZZI,
ARIANNA MONTANARI, ROBERTO SEGATORI**

Comitato di coordinamento:

Gianfranco Bettin Lattes (direttore); Ernesto d'Albergo (Sapienza Università di Roma); Donatella della Porta (Scuola Normale Superiore, Firenze); Klaus Eder (Humboldt Universität, Berlino); Pietro Fantozzi (Università della Calabria); Arianna Montanari (Sapienza Università di Roma); Riccardo Scartezini (Università di Trento); Roberto Segatori (Università di Perugia); Paolo Segatti (Università di Milano); Paolo Turi (Università di Firenze).

Comitato di redazione:

Ettore Recchi (SciencesPO); Roberto De Luca (Università della Calabria); Fabio De Nardis (Università di Foggia); Flaminia Saccà (Università della Toscana); Antonio Canzano (Università di Chieti-Pescara); Giovanni Barbieri (Università di Perugia); Maria Cristina Marchetti (Sapienza Università di Roma); Maria Mirabelli (Università della Calabria); Andrea Pirni (Università di Genova).

Comitato scientifico:

Antonio Alaminos (Università di Alicante); Mauro Barisione (Università di Milano); Michael Braun (Universität Mannheim); Antonio Costabile (Università della Calabria); Colin Crouch (Warwick Business School); Mario Diani (Università di Trento); Virginie Guiraudon (SciencesPO); Steffen Mau (Universität Bremen); Andrea Millefiorini (Università della Campania Luigi Vanvitelli); Stefano Monti Bragadin (Università di Genova); Anne Muxel (SciencesPO); Gloria Pirzio (Sapienza Università di Roma); Carlo Ruzza (University of Leicester); Ambrogio Santambrogio (Università di Perugia); Sidney G. Tarrow (Cornell University, New York); José Félix Tezanos (Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid); Tommaso Vitale (SciencesPO).

La globalizzazione determina, tra i suoi effetti maggiormente problematici, una crisi profonda della politica e della cultura politica democratica. La sociologia politica italiana e le nuove generazioni di ricercatori che la animano hanno una missione cruciale, vale a dire attualizzare il percorso dei classici da Karl Marx e Max Weber agli elitisti, adeguandone le categorie analitiche alla complessità della postmodernità. La nuova centralità delle relazioni transnazionali e la questione dell'Europa suggeriscono l'uso del metodo comparativo come cornice di una riflessione sociologica innovativa. La collana intende tematizzare l'intreccio tra mutamento sociale e mutamento politico nella consapevolezza che il cambiamento investe sia le questioni di *polity*, relative agli assetti istituzionali e alla crisi della tradizionale forma-Stato, sia le dinamiche di *politics*, con la personalizzazione e la mediatizzazione del potere, sia infine le *policies*, condizionate dalle ricorrenti ondate neo-liberiste. La collana promuove studi e ricerche che interpretano gli elementi più significativi di queste trasformazioni spingendosi a esplorare nuove categorie, nuovi movimenti e nuove tematiche.

I volumi pubblicati sono sottoposti alla valutazione anonima di almeno due referee esperti.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Democrazia, disuguaglianza e salute globale

a cura di Antonella Cammarota, Valentina Raffa



**Sociologia
Politica**

FrancoAngeli

OPEN ACCESS

Questo volume è stato realizzato grazie ai fondi di ricerca Prin 2017 dal titolo “Le trasformazioni della Democrazia: attori, strategie ed esiti dell’opposizione al populismo nelle arene politiche, giuridiche e sociali”.

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L’opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d’autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L’Utente nel momento in cui effettua il download dell’opera accetta tutte le condizioni della licenza d’uso dell’opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Per una sociologia politica della salute, di <i>Valentina Raffa</i>	pag.	7
1. Politica, salute globale, democrazia, di <i>Valentina Raffa</i>	»	13
2. Crisi di senso, salute globale e ipotesi di resistenza, di <i>Donatella Barazzetti, Antonella Cammarota</i>	»	27
3. Istituzioni sanitarie vs Dr. Web: cittadini tra <i>empowerment</i> e disorientamento, di <i>Antonella Cava</i>	»	35
4. Donne migranti e nuovi spazi narrativi nella sospensione pandemica, di <i>Sabrina Garofalo</i>	»	49
5. Diseguaglianze e salute riproduttiva globale. Una prospettiva di genere, di <i>Milena Meo</i>	»	69
6. Salute sul lavoro e responsabilità. Il problema del rientro al lavoro dopo lunga assenza, di <i>Angela Bagnato</i>	»	89
7. Confinamento e didattica online. Gli effetti della pandemia sugli studenti universitari, di <i>Fabio Mostaccio</i>	»	107
Gli autori	»	119

Per una sociologia politica della salute

di *Valentina Raffa*

Questo volume collettaneo nasce a partire dalla raccolta degli atti del convegno di metà mandato della sezione AIS di Sociologia Politica dal titolo “Crisi della democrazia e salute globale. Le trasformazioni della politica nell’epoca della globalizzazione dei rischi”, tenutosi presso l’Università di Messina gli scorsi 8 e 9 ottobre. In particolare, si tratta degli interventi che sono stati presentati all’interno del panel “Democrazia, disuguaglianza e salute globale” che ha messo la salute al centro del discorso politico, sintetizzando, così, l’intenzione del convegno stesso.

Da diversi anni, ormai, come gruppo di ricerca ci occupiamo della salute focalizzandoci sulla sua dimensione politica, con la convinzione che essa sia un “misuratore” dei processi sociali che come studiosi e studiosi ci troviamo ad osservare. La salute (e di contro la malattia) non è esclusivamente un fatto biologico. Già la sociologia classica di Durkheim (1996) aveva colto questo aspetto, evidenziando come la salute dell’individuo dipende dalla capacità di esercitare le sue abilità sociali dentro la socialità alla quale appartiene, dunque stabilendo una connessione tra la dimensione individuale del corpo e le sue relazioni sociali. La salute individuale è legata irrimediabilmente al bene-essere del corpo sociale. Scrive Durkheim (1996, p. 80): «La funzione del politico è quella del medico. Previene le malattie attraverso una buona igiene. Quando le malattie sono scoppiate cerca di guarirle».

La salute è anche e soprattutto un fatto sociale e culturale, dunque politico. I lavori che abbiamo portato avanti in questi anni sul tema della salute contengono questa lettura che fa da sfondo ad analisi e

ricerche in cui la salute è messa in relazione ai processi di globalizzazione e di modernizzazione multipli (Eisenstadt, 1997); ai processi migratori, al ruolo assunto nella contemporaneità dagli attori economici e finanziari internazionali e dal neoliberismo, all'indebolimento dello Stato-nazione e al rafforzamento del ruolo delle istituzioni sovranazionali (Cammarota e Raffa, 2020; Raffa, 2018). Ma anche analisi che tematizzano la relazione tra salute e democrazia, con uno sguardo particolare alle nuove forme di partecipazione civica e al ruolo delle organizzazioni associative dinanzi alle trasformazioni del *welfare*, specialmente nell'ambito della salute mentale (Barazzetti, Cammarota e Carbone, 2014) e della malattia cronica (Raffa, 2016). O ancora lavori sulla bio-politica e l'esercizio del potere sui corpi considerati "a-normali" (Raffa, 2014) o sui corpi femminili (Meo, 2012; Meo, 2014). Infine, ricerche che hanno analizzato il rapporto tra la struttura sociale e politica e il ruolo dell'individuo che vive un'esperienza di malattia e del suo agire nella quotidianità (Raffa, 2016).

Il tema della salute è un punto di osservazione strategico per studiare questioni d'interesse della sociologia politica a partire dal potere e dalle forme di esercizio del conflitto politico, per arrivare alla legittimazione o alle trasformazioni della democrazia. Mai, però, avremmo pensato quanto esso sarebbe stato centrale per guardare con lucidità alle fragilità del nostro sistema sociale prima dell'avvento della crisi pandemica che stiamo attraversando. Proprio in questa occasione la salute, suo malgrado, diventa un grande riflettore e su di essa, oggi, si concentra il conflitto politico a livello nazionale ed internazionale. La crisi sanitaria mette a nudo alcuni nodi nel campo delle relazioni sociali, politiche ed economiche che caratterizzano i sistemi sociali contemporanei, radicalizza alcuni processi, ne modifica e ne crea altri (Viviani, 2020, p. 281). Il disfacimento economico prodotto dal Covid-19, che s'innesta in una situazione già critica tanto dal punto di vista economico quanto da quello politico con la sfiducia e la delegittimazione della classe politica e dei partiti, trasforma ulteriormente le basi sociali delle liberal-democrazie.

In questo libro collettaneo vi proponiamo una raccolta di saggi che s'interrogano sulle implicazioni del legame tra la democrazia e la salute globale, quel concetto o quell'area di studi interdisciplinari e di ricerca scientifica che esamina i determinanti sociali, economici, politici, culturali e demografici della salute, così come le risposte interna-

zionali e transnazionali che gli attori coinvolti danno sul piano strategico (Missoni e Pacileo, 2016).

Si tratta di contributi empirici e teorici che affrontano temi cruciali per il nostro sistema democratico e che certamente concorrono a fare luce sulla multidimensionalità della questione “salute” e sulle sue implicazioni sociali. Dentro l’orizzonte epistemologico della salute globale, e attraverso delle lenti macro e micro, essi entrano nello specifico di questioni che hanno a che vedere più in generale con gli effetti del neoliberismo sulle politiche di salute; con il rapporto tra corpi, salute e potere; con le disuguaglianze in salute; con il diritto alla salute e con la salute partecipata; con la relazione tra salute e politiche del lavoro; con il rapporto tra istituzioni e cittadini; con le politiche di *recovery* e la qualità della vita delle soggettività.

Nel primo capitolo Valentina Raffa delinea la cornice teorica dentro la quale si collocano i saggi, sviluppando il nesso tra la salute, la politica e la democrazia, attraverso un approfondimento sulla categoria della salute globale e sulle indicazioni che essa può dare in merito al futuro politico e sanitario delle società post-pandemiche.

Nel secondo capitolo Donatella Barazzetti e Antonella Cammarota riflettono sulla crisi di senso del vivere con cui deve fare i conti la società contemporanea, dovuta alla «lenta disintegrazione della vita sociale ed economica d’interi strati sociali». Una trasformazione che le autrici attribuiscono alla mercificazione del vivere personale e ad un cambiamento dell’agire politico che opera dentro ambiti nuovi come quello della salute. Su quest’ultimo confluisce oggi il conflitto politico ed economico, suggerendo la necessità di opporre ad indirizzi che mettono al centro il mercato orientamenti focalizzati sulla centralità del sociale, dei bisogni e dei diritti delle persone.

Il capitolo di Antonella Cava affronta il tema della partecipazione civica digitale, portandoci nello spazio del *web* e nella cultura della salute che esso veicola e mostrando quanto complesso è, in termini di accesso alle informazioni e all’efficacia delle conoscenze acquisite, la relazione comunicativa tra istituzioni sanitarie e cittadini. A fronte dell’aumento della performatività comunicativa dei cittadini si registra un lento avanzamento dell’innovazione dei processi comunicativi da parte delle istituzioni. Ne consegue il rischio di creare fenomeni di falso *empowerment* dei cittadini.

Seguono due contributi che propongono al lettore un approfondi-

mento sulla salute dei corpi delle donne, evidenziando la centralità dell'approccio di genere nelle analisi che riguardano la salute. Il primo, quello di Sabrina Garofalo è dedicato alla salute delle donne migranti durante la "sospensione pandemica". Si tratta di una riflessione che mette insieme l'analisi della letteratura su genere e migrazioni ed un approccio metodologico qualitativo intersezionale per mostrare il diverso impatto che le vicende legate all'emergenza Covid-19 hanno determinato nelle soggettività femminili migranti. Emerge, dunque, il delicato tema delle disuguaglianze in salute nella gestione della pandemia. Di disuguaglianze parla anche il secondo contributo che è quello di Milena Meo, la quale sviluppa un ragionamento sulla salute riproduttiva femminile, mettendo in evidenza il processo di mercificazione dei corpi di alcune donne a favore della riproduzione di altre (si pensi al caso delle tecniche di riproduzione artificiale). Questo meccanismo produce gerarchie non solo tra le singole donne, ma anche tra classi sociali ed economiche, etnie e nazionalità, segnando anche una disuguaglianza profonda tra donne del nord e donne del sud del mondo.

Il contributo di Angela Bagnato affronta il tema della salute mettendolo in relazione alle politiche del lavoro. L'attenzione è data ai lavoratori che rientrano a lavoro dopo un periodo di lunga assenza per malattia, a partire dai risultati di una ricerca condotta dall'autrice presso il Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale dell'Inail. A fronte di dati che ci raccontano di assenze di malattia causata da problemi sociali strutturali (come l'invecchiamento della popolazione, la disparità di genere nelle responsabilità di cura, o l'aumento di patologie croniche) i governi rispondono con politiche pubbliche inefficaci poiché non rispondenti ai bisogni. Un dato ulteriormente preoccupante è il riconoscimento quasi esclusivo della malattia fisica (quella mentale non è contemplata) e la rappresentazione della malattia da parte del sistema come risultato di una cattiva condotta di vita da parte del lavoratore.

Fabio Mostaccio, infine, ci racconta i risultati di una ricerca condotta sugli studenti del Dipartimento Cospecs dell'Università di Messina dal titolo "Lockdown e vita quotidiana. Gli studenti *Cospecs* ai tempi del Coronavirus", attraverso la quale si è voluto analizzare le trasformazioni della vita quotidiana degli studenti universitari durante la prima fase del confinamento, mettendo in evidenza le implicazioni dell'isolamento non solo sul loro percorso di studi ma sulla loro qualità

di vita, dunque su quello stato di completo bene-essere fisico, mentale e sociale di cui ci parla l'Organizzazione mondiale della sanità nella sua definizione di salute.

Sguardi che fanno luce su alcuni aspetti politici della salute e sulle loro ricadute sulle soggettività che ci auguriamo possano contribuire alla riflessione della sociologia politica in un momento di grandi trasformazioni strutturali delle società contemporanee, il cui futuro è ancora incerto. La crisi sanitaria e le sue risposte politiche, intervenendo all'interno di un paradigma di eccezionalità su questioni sensibili (il quotidiano, l'economia, la sicurezza, ecc.), rischiano di produrre conseguenze strutturali dalle quali sarà difficile uscire. La problematizzazione in chiave sociale del dato, prodotta dal nostro sapere scientifico, è, in questa prospettiva, non solo auspicabile ma necessaria.

Riferimenti bibliografici

- Barazzetti D., Cammarota A., Carbone S. (2014), *Incolpevoli... però. La famiglia nelle rappresentazioni degli operatori dei servizi di salute mentale*, Aracne, Roma.
- Cammarota A., Raffa V. (2020), "Ripensare le politiche di salute nell'era neoliberalista. Welfare mix e sofferenza psichica. Quali spazi d'intervento per la società civile?", *SocietàMutamentoPolitica. Rivista italiana di Sociologia*, 11 (22), pp. 265-274.
- Durkheim E. (1996), *Le regole del metodo sociologico*, Editori Riuniti, Roma.
- Eisenstadt S.N. (1997), *Modernità, modernizzazione e oltre*, Armando, Roma.
- Meo M. (2012), *Il corpo politico. Biopotere, generazione e produzione di soggettività femminili*, Mimesis, Milano.
- Meo M. (2014), *La medicalizzazione del corpo femminile*, in Meo M., a cura di, *Ripensare il corpo. Rappresentazioni, medicalizzazioni, decolonizzazioni*, Aracne, Roma, pp. 83-101.
- Missoni E., Pacileo G. (2016), *Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie, salute umana*, FrancoAngeli, Milano.
- Raffa V. (2014), *Corpi, malattia e potere normativo*, in Meo M., a cura di, *Ripensare il corpo. Rappresentazioni, medicalizzazioni, decolonizzazioni*, Aracne, Roma, pp. 65-81.
- Raffa V. (2016), *Identità croniche? La talassemia tra costruzione sociale ed esperienza biografica*, FrancoAngeli, Milano.
- Raffa V. (2018), *La tutela della salute nei progetti Sprar: metodi, strategie, problematiche*, in Omizzolo M., a cura di, *Richiedenti asilo, strutture ed operatori: ricerche, esperienze, riflessioni*, Aracne, Roma.
- Viviani L. (2020), "Oltre la pandemia: l'immaginazione sociologica alla prova del nostro tempo", *SocietàMutamentoPolitica. Rivista italiana di Sociologia*, 11 (21), pp. 281-295.

1. Politica, salute globale, democrazia

di *Valentina Raffa*

1. Introduzione

Da un anno a questa parte, da quando, cioè, il Dpcm dell'11 marzo 2020 dell'allora presidente Conte, serrava l'Italia in un *lockdown* totale, è stata prodotta una quantità smisurata di letteratura scientifica sulla pandemia da Covid-19 e sulle innumerevoli implicazioni della crisi che essa ha generato a livello mondiale. Tutte le discipline accademiche, da quelle scientifiche a quelle umanistiche, si sono spese per contribuire all'analisi del fenomeno e alla ricerca sulle modalità di far fronte al virus e alle trasformazioni strutturali che ha prodotto nelle società contemporanee, con prospettive spesso conflittuali.

La sociologia, nei suoi diversi rami, ha lavorato per dare risposta ad alcune domande di ricerca, in parte già care alla disciplina ma tornate in auge in questa occasione. Penso al rapporto tra rischio, progresso e scienza, alle conseguenze dei processi di globalizzazione, all'accelerazione della digitalizzazione delle forme d'interazione sociale, al tema del distanziamento sociale o ancora alla spinosa questione del rapporto tra tecnocrazia e democrazia (quest'ultima ben rappresentata dal noto dibattito generato dall'intervento di Agamben sullo "stato di eccezione", che ha messo in luce il problema classico della legittimità del potere).

Il sociologo è chiamato ad indagare sulla natura di quella che viene definita e pensata come una profonda e radicale trasformazione che agisce sulle forme di legame sociale e politico, la cui direzione non è ancora ben chiara: si tratta, per le società contemporanee, di un'occasione di rinascita e cambiamento o, al contrario, di un'accelerazione

di processi destrutturanti e volti verso una loro regressione securitaria? (Viviani, 2020 a, p. 282).

Certamente come sociologhe e sociologi ci siamo chiesti quale potesse essere il nostro contributo all'analisi di questo «fatto sociale totale» (Mauss, 2002) che è la pandemia. Dice bene Viviani (2020 a, p. 282) quando, a questo proposito, pone l'accento sul profilo pubblico del sociologo, e cioè sull'apporto scientifico che egli può offrire alla sfera pubblica, dunque alla vita collettiva, mettendo a nudo i processi attraverso i quali si forma la società nelle sue varie dimensioni, permettendo ad un pubblico di cittadini il formarsi di un'opinione ragionata su questioni d'interesse generale (Ungaro, 2004, p. 35).

Abbracciando questo sguardo, proverò a sviluppare un ragionamento proprio a partire dalla natura di «fatto sociale totale» della pandemia, riferendomi alla sua capacità di scuotere le radici della nostra società e di metterne in evidenza le dinamiche politiche, economiche, culturali e simboliche. L'evento pandemico servirà da pretesto per esaminare la categoria della salute, intendendola uno strumento di “misurazione” dei fattori e dei processi politici, economici e sociali da cui dipende (Ardicò e Bodini, 2010). L'epidemia da coronavirus ci racconta molto, insomma, delle società contemporanee, così come l'epidemia d'influenza spagnola, per esempio, ci ha raccontato molto di quelle vissute a cavallo tra il 1918 e il 1920 (Viviani, 2020 a, p. 285).

In altre parole, metterò in evidenza come la salute (e il suo opposto, la malattia) possa essere utilizzata come lente attraverso la quale studiare le condizioni strutturali delle società e le dinamiche sociali, politiche, economiche e culturali che le caratterizzano, i rapporti di forza e gli equilibri di potere. Financo, in maniera più generale, per misurare lo stato delle nostre democrazie.

L'attenzione, però, verrà posta sulla dimensione politica della salute, o meglio sul rapporto tra salute e politica, che svilupperò servendomi della categoria della salute globale. Sebbene, in ambito sociologico, essa sia riconosciuta in Italia forse solo in parte dalla sociologia della salute, negli ultimi anni si è costituita a quasi-disciplina studiata in prestigiosi centri universitari (Bodini e Stefanini, 2014), ad area emergente di studi scientifici sulle influenze dell'accelerazione del processo di globalizzazione sulla salute.

2. Salute e/è politica

«Abbiamo a che fare con un primato metodico della malattia nei confronti della salute», scrive Gadamer (1994, p. 82) in un bel testo che s'intitola "Dove si nasconde la salute?" La salute, cioè, diviene oggetto di attenzione, riflessione, consapevolezza solo nel momento in cui viene a mancare e quasi sempre solo in riferimento all'ambito del corpo. Forse è anche per questo che essa (e tutti i processi e le dimensioni che la riguardano) è generalmente invisibile nella ricerca sociologica, al di là che nella già citata sociologia della salute, e che oggi, in piena pandemia, è il tema più affrontato, direttamente e indirettamente, dai ricercatori di ogni ambito disciplinare.

Ciò che è stato portato sul piano del discorso pubblico dalla crisi pandemica è l'assunto centrale secondo il quale la salute (e la malattia) non è solo un'esperienza intima e personale ma è un "oggetto" collocato all'interno di una dimensione sociale, politica ed economica. Ci siamo ricordati, proprio perché adesso la malattia o il pericolo di essa è un'esperienza che ci accomuna tutti e colpisce il "corpo sociale", l'insegnamento di Durkheim (1895) sul filo strettissimo che lega l'individuo alla società in un equilibrio che, se spezzato, produce il venir meno del bene-essere individuale e sociale. Abbiamo anche toccato con mano la vulnerabilità dei nostri corpi e compreso la sua forte dimensione sociale, poiché i corpi, esposti allo sguardo, al contatto e alla violenza altrui, scrive Butler (2004, p. 46), «non sono quasi mai solo nostri» ma hanno una loro imprescindibile dimensione pubblica. E a proposito di questo legame circolare che lega l'individuo alla società, il corpo individuale al corpo sociale, mi sembra che possa essere utile soffermarci sulle tre dimensioni dell'esperienza di malattia, già individuate dai lavori di Twaddle (1994) e al centro degli studi antropologici della Narrative Based Medicine (Good, 2006; Kleinman, 2006; Young, 2006). La *disease* è la malattia intesa in senso biomedico come una lesione del corpo o il suo malfunzionamento; la *illness* è l'esperienza di malattia dal punto di vista del soggetto; la *sickness* è il riconoscimento e la rappresentazione sociale della malattia. Quest'ultima dimensione è quella probabilmente più interessante nell'economia del nostro discorso, poiché colloca l'esperienza individuale di malattia all'interno del corpo sociale che la plasma attraverso le sue produzioni culturali. Si tratta del punto di vista della comunità e implica certi di-

ritti e obblighi derivanti dal riconoscimento sociale della malattia. La *sickness* si riferisce alla malattia come costruzione sociale e culturale.

Il porre l'accento sulla dimensione sociale della malattia (e della salute) è essenziale per evidenziare la relazione tra quest'ultima e la struttura sociale (Illich, 1973), campo esplorato in particolar modo dalla medicina sociale con una prospettiva di critica radicale all'impostazione biomedica, mettendo in luce, ad esempio, la correlazione tra distribuzione della salute e della malattia e variabili come la classe sociale, il genere, l'interesse politico ed economico, ecc. (Cochrane, 1972) o le connessioni tra controllo medico e controllo sociale (Bucchi e Neresini, 2001).

Proprio l'evento pandemico, però, ci insegna come le relazioni tra corpi individuali e corpi sociali abbiano a che vedere col potere e con il controllo e dunque siano strettamente connessi al corpo politico. La politica, come non mai, sta facendo della salute uno dei suoi campi privilegiati, invadendo i corpi e rendendo l'agire nell'ambito della salute un agire sulle strategie politiche e sull'attribuzione di potere. Pensiamo alle misure iper-securitarie che i governi europei hanno adottato per controllare i contagi e le questioni sui confini della democrazia che esse hanno generato, o la maniera in cui il discorso populista ha strumentalizzato la pandemia e le paure da essa generate per allargare e consolidare il consenso o per rinforzare la narrazione sulla necessità di difendere i confini e controllare l'immigrazione (Speed e Mannion, 2020). O ancora pensiamo a come la politica (dall'Organizzazione mondiale della sanità, all'Istituto Superiore di Sanità e al Governo in Italia), ha sussunto e fatto suo il lessico sanitario, utilizzando l'espressione "distanziamento sociale" che ha generato un fraintendimento semantico con effetti di realtà sui comportamenti e sulle rappresentazioni degli individui (Viviani, 2020 a, p. 286).

Questo connubio tra politica e scienza, che si è risolto in un agire sull'attribuzione di potere e che ha conferito centralità ai professionisti della salute visti come i salvatori della collettività, rimanda al tema del rapporto tra politica e medicina. Quest'ultima non è solo una scienza o una disciplina (peraltro storicamente e socialmente determinata), ma anche una professione moderna, delle cui caratteristiche (prime tra tutte la standardizzazione delle sue attività) ci ha parlato bene Parsons (1965) mettendo in rilievo la relazione medico-paziente. La medicina è anche una moderna burocrazia organizzata secondo quella logica

della razionalizzazione raccontata da Weber (1961), che ha il vantaggio di sollevare il singolo dalla responsabilità di svolgere una serie di attività ma, al tempo stesso, lo svantaggio di vincolare gli individui dentro la rigidità della “gabbia d’acciaio”.

Se, dunque, la politica si muove nell’ambito dell’agire sulla salute trasformandolo in un agire politico a tutti gli effetti, la medicina indirizza l’azione politica, in una relazione osmotica che in tempi di pandemia ha dato vita ad una sorta di *governance* politico-professionale.

Guardare alla salute dalla prospettiva della sociologia politica, dunque, vuol dire osservare da un campo privilegiato i nuovi rapporti tra società e politica e le loro trasformazioni.

3. La salute globale

Che la salute sia un fatto che fuoriesce dal campo della biologia e abbraccia quelli del sociale e del politico non è certo una novità.

Già nella seconda metà del Settecento, il medico igienista tedesco Frank, figlio di una concezione aperta della medicina, sosteneva che non era possibile combattere il male biofisico con una teoria del morbo, ma con una teoria sociale o politica che tenesse in conto le condizioni di vita degli affetti. Secondo la teoria della *miseria morborum genitrice*, la povertà prodotta dalle disuguaglianze economiche e di potere, era la causa principale della malattia (Pellecchia U. e Zanotelli F., 2010).

Questa posizione allora rivoluzionaria è stata soppiantata per molto tempo dall’approccio positivista che vedeva la malattia principalmente come un fatto biologico oggettivo che riguardava il malfunzionamento di una o più parti del corpo, e dalla fiducia cieca verso la scienza salvifica. Oggi ci troviamo in una condizione molto particolare: da una parte la messa in discussione del paradigma positivista ha dato spazio all’idea della malattia come esperienza sociale e culturale in cui è centrale nel percorso di cura la soggettività del paziente, il suo benessere psicofisico, il condizionamento delle variabili sociali, economiche, ambientali sul suo stato di salute, ecc. Dall’altro, il Covid-19 ha generato una nuova ondata di positivismo che attribuisce esclusivamente alla scienza il potere di salvare le nostre vite e i nostri destini. Mi sembra che si sia venuto a creare, così, uno scenario composito in cui la

società civile tende a dividersi quasi nettamente tra chi si affida esclusivamente alla scienza e chi, al contrario, diffida di essa ipotizzando complotti internazionali, come nel caso delicato dei vaccini.

Ma è ancora l'esperienza della pandemia che ci suggerisce quanto sia importante confidare nella scienza avendo ben chiaro, al tempo stesso, però, quanto la salute sia un fatto complesso che va discusso non solo sul terreno del corpo e della medicina ma anche su quelli socio-politico e socio-economico. Ed ecco allora che può venirci utile esplorare brevemente la categoria della salute globale, provando a fare un salto temporale.

È il 1948, un periodo estremamente delicato soprattutto per un'Europa uscita distrutta dal secondo conflitto mondiale. Il problema politico da affrontare in quegli anni è il processo di ricostruzione seguendo, su invito dell'allora presidente degli Usa Truman, il modello di "sviluppo" statunitense. Poiché la salute dei popoli è condizione essenziale per la ripresa economica di un paese, viene costituita l'Organizzazione Mondiale della Sanità, un'agenzia dell'Onu incaricata di occuparsi delle politiche sanitarie a livello globale. Nel preambolo alla sua Costituzione l'Oms definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale", segnando una tappa importante nel processo di elaborazione di un nuovo paradigma per la salute e le politiche sanitarie. La salute, intesa così in senso globale viene inserita tra i diritti fondamentali sia per una ragione etica che per una ragione geopolitica: le disuguaglianze rappresentano un pericolo per la sicurezza di un paese e per la pace mondiale (Raffa, 2016; Cammarota e Raffa, 2020).

L'Oms contribuisce a delimitare una prima definizione di salute globale, in cui la parola "globale" si riferisce prima di tutto ad una visione olistica della salute.

Negli anni '50 le politiche di salute sono influenzate dalla guerra fredda. La sanità diviene parte integrante della politica globale; non è un caso, ad esempio che il piano Marshall preveda un programma di finanziamento all'Italia contro la malaria.

Trent'anni più tardi, nel 1978, mentre in Italia la legge 833 istituisce il Sistema Sanitario Nazionale, a livello internazionale cresce il dibattito sullo sviluppo e le teorie alternative al *desarrollismo*. In questa cornice si discute sul ruolo e sulla partecipazione della comunità nei processi decisionali in tema di salute, e si diffondono esperienze che

conducono alla Conferenza di Alma Ata in Kazakistan. Quest'ultima produce la Dichiarazione sulla *Primary Health Care* (Phc), la salute primaria, a partire dall'evidenza dell'inadeguatezza dell'approccio ospedale-centrico e della necessità di una strategia sociale che porti a un cambiamento, poiché è proprio nell'organizzazione sociale che si trovano i determinanti principali della salute, ed è su quelli che si deve lavorare (Stefanini e Bodini, 2014, p. 309). L'elemento centrale della *Primary Health Care* (Phc) è il ruolo attivo delle comunità nella definizione dei propri bisogni di salute e nell'agire per soddisfarli (Newell, 1975). In sintesi, la Dichiarazione di Alma Ata esprime i principi di una *comprehensive* Phc che possiamo così riassumere: 1) la salute è essenzialmente una questione politica; 2) la medicina occidentale non è l'unico strumento di cura efficace; 3) i medici occidentali non sono gli unici professionisti capaci di rispondere ai problemi di salute delle comunità; 4) la salute deve essere messa in relazione alle altre politiche per lo sviluppo di una comunità; 5) le cure migliori non dipendono necessariamente dalle tecnologie più sofisticate; 6) il sistema decentralizzato e la regionalizzazione delle istituzioni e delle programmazioni rispondono più efficacemente ai problemi di salute. Il principio centrale di Alma Ata, dunque, è l'idea che la salute dipenda non solo dai servizi offerti, ma anche dalla responsabilità dei singoli, delle comunità e dei governi (Stefanini e Bodini, 2014, p. 310).

I principi della Phc, seppure siano rimasti più teorici per le innumerevoli difficoltà di metterli in pratica (Stefanini e Bodini, 2014, p. 311), introducono a temi politici di grande rilevanza: il bene comune della collettività, i diritti dei cittadini e il ruolo dello Stato, le politiche sanitarie (e non) globali e locali, la partecipazione dal basso su cui si è sviluppato un ampio e interessante dibattito (Maccacaro, 1979; De Vos *et al.*, 2009), le disuguaglianze socio-economiche tra gli Stati, il potere, la democrazia e la giustizia sociale. Potremmo dire, dunque, che essi contribuiscono a spiegare ulteriormente l'accezione "globale" della salute che, appunto, rimanda a quell'idea di complessità e a quella dimensione politica di cui si diceva, dipendendo la salute persino dagli equilibri politico-economici tra gli Stati, dal mercato mondiale, dai processi migratori (Lombardi e Sannella, 2020), dalle questioni ambientali e, più in generale, dalla globalizzazione. C'è un elemento che a questo proposito bisogna evidenziare, e cioè che nel 1980 la Banca Mondiale entra ufficialmente nel sistema di *governance* della

salute, divenendo il principale attore sulla scena della sanità internazionale ed esercitando una forte influenza globalizzante sulla salute del pianeta, a scapito di una perdita di *leadership* da parte dell'Oms e all'interno di uno scenario in cui l'Organizzazione Mondiale del Commercio trascina gli Stati nel sistema capitalistico mondiale (Bodini e Stefanini, 2014, p. 341).

Un ulteriore momento significato nella storia della salute globale dopo Alma Ata è la Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite del 2000, la quale stabilisce degli obiettivi di sviluppo da raggiungere. Essi rappresentano un cambio di paradigma in tema di gestione della salute, a partire dal riconoscimento che il miglioramento della salute avviene se si predispongono le condizioni sociali e ambientali che lo favoriscono. A conferma di questo cambio di passo, i primi anni duemila sono stati animati da un dibattito su questi temi, stimolato da due documenti pubblicati dall'Oms, il World Health Report "Primary Health Care: ora più che mai" e un rapporto della commissione Oms che mostra la stretta relazione tra stato di salute e determinanti sociali come il reddito, il livello d'istruzione, il tipo di lavoro, l'accesso all'assistenza sanitaria... Da qui in poi, si è sostenuta l'importanza di assumere l'approccio "centrato sulla persona" e di riportare al centro del sistema di salute i bisogni o i determinanti sociali. Un orientamento, questo, che deve fare i conti con l'ostacolo rappresentato dall'egemonia neoliberista che ha fatto della salute uno dei suoi campi privilegiati (Cammarota e Raffa, 2020). Stefanini e Bodini fanno notare come sia stato chiamato in causa, nel dibattito, il ruolo dei movimenti sociali come gruppi di pressione per orientare la pianificazione politica in ambito di salute verso le persone (Cammarota e Raffa, 2020). «Si torna alla necessità primaria – scrivono – di costruire potere politico, ed è chiaro che ciò può avvenire [...] dove le tanto citate "persone" sono naturalmente al centro, ovvero nei loro contesti di vita e di lavoro» (Stefanini e Bodini, 2014, p. 314).

Tornando, dunque, al concetto di salute globale, che in Italia si diffonde a partire dal 2000 (gli anni del G8 di Genova e dei forum sociali mondiali di Porto Alegre nei quali si mette in discussione l'ordine mondiale e l'ideologia neoliberista) esso si riferisce alla *governance* della salute (Missoni, 2014) «strutturata da processi globali di mercificazione e liberalizzazione» (Bodini e Stefanini, 2014, p. 341).

Proprio le discussioni generate a Porto Alegre sulle disuguaglianze

mondiali e le ingiustizie sociali hanno influenzato il mondo della sanità e, in particolare, una parte del mondo medico in formazione, con la diffusione dell'immaginario del medico cooperante che opera nei contesti marginalizzati e impoveriti del Sud del mondo, ma anche in risposta ad un percorso formativo che viene spesso percepito come sterile e tecnico. Ed ecco che la salute globale diviene anche un campo di studi e un approccio che integra la ricerca e l'azione (Missoni e Pacileo, 2016), raccogliendo ciò che da Alma Ata in poi era stato rimosso dalla medicina e dalla sanità pubblica, e cioè che la salute è da leggere come un processo sociale (Bodini e Stefanini, 2014, pp. 342-343).

È l'apertura ad altre discipline, come la sociologia e l'antropologia, che permette di riportare dentro la medicina questi discorsi.

4. Crisi pandemica e salute globale. Riflessioni conclusive

A conclusione di questo breve ragionamento possiamo farci delle domande. Cosa ci sta insegnando la pandemia? E come il concetto di salute globale può contribuire a fare chiarezza su quanto ci sta accadendo e sulla direzione verso la quale le nostre vite e le nostre società possono andare?

La crisi sanitaria ha rivelato le fragilità latenti del nostro sistema: ha acuito le disuguaglianze sociali, ha estremizzato le povertà, ha mostrato tutte le debolezze di un *welfare* sempre più privatizzato; ha reso ancora più diseguali le condizioni nell'accesso ai servizi, ha radicalizzato le forme di disagio sociale, ha generato una crisi della fiducia nella scienza e la diffusione di una politica della sfiducia (Viviani, 2020 b, pp. 301-302).

Anche le istituzioni hanno svelato tutta la loro inadeguatezza a fronteggiare il virus e a regolare la fase pandemica, ma al tempo stesso si è reso palese il bisogno di uno Stato che, ben radicato dentro il sistema dell'Unione Europea (Viviani, 2020 b, p. 302), ritorni ad agire da attore protagonista.

A livello mondiale la pandemia ha palesato le disuguaglianze tra paesi del Nord e del Sud del mondo, mostrando le nefaste conseguenze della politica neoliberista sui sistemi di salute, fatta di tagli e di privatizzazione dei servizi (Cammarota e Raffa, 2020) e di quella che Maccacaro (1979) ha definito "medicalizzazione della politica", ovvero

una medicina sempre meno assistenziale e sempre più gestionale.

Ciò che la pandemia ci ha insegnato, insomma, è proprio il suggerimento che ci viene dal concetto di salute globale, e cioè che la malattia e il suo opposto, la salute, non dipendono solo da un fattore biologico, in questo caso il virus, ma dalla concatenazione tra questo e le condizioni della struttura sociale e dell'ambiente, gli equilibri politici e i processi economici. Proprio a partire da questa consapevolezza, negli ultimi tempi alcuni scienziati hanno iniziato a sostituire il termine "pandemia" con quello di "sindemia". Nel settembre del 2020 Richard Horton, direttore della rivista scientifica *The Lancet*, aveva proposto questo concetto riprendendolo dalla teorizzazione dell'antropologo medico Merrill Singer (2017). Secondo Singer l'approccio sindemico svela interazioni biologiche e sociali importanti per la prognosi e il trattamento della malattia e per la politica di salute; in altre parole lo stato di salute (o di malattia) dipende dalle condizioni socio-economiche e culturali dei soggetti, o per dirla alla Bourdieu (1995) dal loro "campo di forza".

Sinteticamente, la sindemia è l'incontro tra una patologia e condizioni sociali difficili o fattori di rischio legati alle condizioni sociali. Queste ultime concorrono spesso alla maggiore esposizione ad infezioni e malattie. «La conseguenza più importante del leggere il Covid-19 come una sindemia – scrive Horton (2020, p. 874) – consiste nell'evidenziare le sue origini sociali. La vulnerabilità dei cittadini più anziani; delle comunità nere e asiatiche e a minoranza etnica; dei lavoratori essenziali sottopagati e con poche protezioni sociali [...]».

Guardare al Covid-19 come una sindemia ci permette, secondo Horton, di avere uno sguardo più ampio che comprende l'istruzione, l'occupazione, la questione della casa, il cibo, l'ambiente...

Torna, dunque, la necessità di un intervento politico forte da parte degli Stati. Se il vaccino agisce sulla dimensione biologica della malattia, rendendo i corpi individuali capaci di resistere al virus, c'è bisogno al contempo di azioni strutturali, sia a livello nazionale che sovranazionale, per rendere il corpo sociale resistente ai fattori di rischio (povertà, disuguaglianze, ingiustizia sociale, ecc.) che lo rendono vulnerabile.

Siamo di fronte a una dura sfida per la democrazia. Gli Stati, in un'era politica caratterizzata dalla crisi della legittimazione della rappresentanza politica, riprendono vigore ma dentro l'esercizio di un potere diremmo quasi pre-moderno (Viviani, 2020 a, p. 292), visibile e

pervasivo, che però si limita al controllo, alla riduzione delle libertà personali e all' "amministrazione delle cose". Dall'altra parte, la politica sulla salute diviene un argomento privilegiato dai movimenti e i partiti populistici specialmente di destra che mettono in campo un "populismo medico" (Lasco e Curato, 2019), uno stile politico caratterizzato dalla costruzione di relazioni antagoniste tra il popolo e *l'establishment* che mette a rischio la sua vita. Sono esemplari il caso statunitense dell'elezione di Trump e delle conseguenze sulle riforme sanitarie; il voto del Regno Unito a favore della Brexit e il ruolo che esso ha giocato sul *National Health Service* e, infine, il movimento no vax in Italia sostenuto dalla Lega e dal Movimento 5 stelle (Speed e Mannion, 2020, p. 2).

La società civile vive un tempo di sospensione e fatica a trovare una direzione tra misure securitarie, una gestione confusa della pandemia da parte della politica, una polarizzazione tra la sfiducia e la fiducia nella scienza, il malessere psico-sociale, la paura e il disagio socio-economico che aumentano. Stando così le cose, mi sembra che in questo stallo sia cambiato molto il nostro modo di essere cittadini, rendendo ancora più complessa la questione della partecipazione civica e, in maniera più ampia, di che cosa sia la cittadinanza oggi (Moro, 2020). Accanto alla proliferazione di forme di partecipazione tradizionale che ruotano intorno al sostegno di quelle fasce sociali vulnerabili particolarmente colpite dalle conseguenze sociali del Covid-19 (persone senza dimora, donne vittime di violenza, persone che attraversano esperienze di malattie), si diffondono forme di partecipazione digitale che pongono delle questioni spinose relative al tema delle disuguaglianze nell'accesso alle tecnologie e al rischio di spostare irrimediabilmente la direzione verso una *e-democracy*.

Proprio in un momento così delicato per la partecipazione civica, così urgente soprattutto in tema di salute, non solo per gestire la pandemia ma specialmente per indirizzare "il dopo", vale forse la pena recuperare e rileggere alcune elaborazioni teoriche ed esperienze prodotte alla fine degli anni '70, durante il dibattito internazionale sui temi relativi alla salute globale.

Da una parte i principi della Dichiarazione di Alma Ata, che ci ricordano la centralità del diritto alla salute come universale e l'importanza del ruolo delle comunità, compresi i servizi territoriali, nell'identificazione dei bisogni socio-sanitari per garantire la cura della

salute primaria. Dall'altro, il concetto della "politicizzazione della medicina", elaborato da Giulio Maccacaro, ovvero l'idea che «la tutela della salute e la lotta alla malattia possono avvenire solo attraverso l'attrito delle forze sociali che si confrontano e ad opera dei loro soggetti storici» (Stefanini e Bodini, 2014, pp. 312-313).

L'idea di Maccacaro e del movimento "Medicina Democratica" che egli animava passava da un principio che forse è il caso di recuperare in questi tempi difficili: la convergenza tra la critica verso una certa medicina e una certa scienza a servizio del capitalismo e i bisogni di salute degli operai delle fabbriche sacrificati per il profitto.

Una convergenza che potremmo riattualizzare mettendo sul tavolo della discussione gli intrecci tra scienza e neoliberalismo e le conseguenze sull'ambiente e sulla salute, i bisogni, le vite delle persone, in particolare delle fasce sociali indebolite, impoverite e marginalizzate.

Per Maccacaro era proprio la partecipazione delle classi oppresse (nel suo caso gli operai) un elemento centrale per la costruzione di un sapere scientifico altro, inclusivo e partecipato e a servizio della comunità.

Credo che riflettere su questo sia un punto importante per continuare a lavorare in termini di ricerca nel prossimo futuro.

Riferimenti bibliografici

- Agamben G. (2020), "L'invenzione di un'epidemia", in *Quodlibet*, 26 febbraio, <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>, consultato il 3 febbraio, 2021.
- Agamben G. (2012), *Stato di eccezione*, Bollati-Boringhieri, Torino.
- Bodini C., Ardicò M. (2010), *La salute negata. Da Alma Ata ai Millennium development goals, e ritorno*, in Pellecchia U., Zanotelli F., a cura di, *La cura e il potere*, Ed.it, Firenze, pp. 45-67.
- Bodini C., Stefanini A. (2014), "Salute globale: storia macro e micro di un "nuovo" approccio", *Salute e Territorio*, 202: 340-345.
- Bourdieu P. (1995), *Ragioni pratiche*, Il Mulino, Bologna.
- Butler J. (2004), *Vite precarie*, Meltemi, Roma.
- Bucchi M., Neresini F. (2001), *Sociologia della salute*, Carocci, Roma.
- Cammarota A., Raffa V. (2020), "Ripensare le politiche di salute nell'era neoliberista. Welfare mix e sofferenza psichica. Quali spazi d'intervento per la società civile?", *SocietàMutamentoPolitica. Rivista italiana di Sociologia*, 11 (22): 265-274, doi: 10.13128/smp-12653.

- Cochrane A.L. (1972), *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*, Royal Society of Medicine Press, London.
- De Vos P., De Ceukelaire W., Malaise G., Perez D., Lefevre P., Van der Stuyft P. (2009), “Health through people’s empowerment: a rights-based approach to participation”, *Health and human rights*, 11 (1): 23-35.
- Durkheim E. (1895), *Les règles de la méthode sociologique*, PUF, Paris.
- Gadamer H.G. (1994), *Dove si nasconde la salute?*, Raffello Cortina Editore, Milano.
- Good B. (2006), *Narrare la malattia*, Einaudi, Torino.
- Horton R. (2020), “Covid-19 is not a pandemic”, *The Lancet*, 396: 873-874.
- Illich I. (1976), *Limits to medicine-Medical Nemesis: the expropriation of health*, Marion Boyars Publishers Ltd, London.
- Kleinman A. (2006), *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali*, in Quaranta I., a cura di, *Antropologia medica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 5-29.
- Lombardi L., Sannella A. (2020), *Salute globale e migrazioni: accesso ai servizi sanitari e pratiche di cura*, in Cardano M., Giarrelli G., Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, Il Mulino, Bologna.
- Maccacaro G.A. (1979), *Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute, in Per una medicina da rinnovare: scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano.
- Mauss M. (2002), *Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino.
- Missoni E. (2014), “La governance del sistema globale di salute. La mappa degli attori”, *Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, 58, 4: 395-408.
- Missoni E., Pacileo G. (2016), *Elementi di salute globale. Globalizzazione, politiche sanitarie, salute umana*, FrancoAngeli, Milano.
- Moro G. (2020), *Cittadinanza*, Mondadori, Milano.
- Newell K.W. (1975), *Health by the people*, WHO, Geneva.
- Parsons T. (1965), *Il sistema sociale*, Ed. di comunità, Milano.
- Pellecchia U., Zanotelli F., a cura di (2010), *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azione di cooperazione sanitaria transnazionale*, Ed.it, Firenze.
- Raffa V. (2016), *Identità croniche? La talassemia tra costruzione sociale ed esperienza biografica*, FrancoAngeli, Milano.
- Singer M., Bulled N., Ostrach O., Mendenhall E. (2017), “Syndemics and the bio-social conception of health”, *The Lancet*, 389: 941-950.
- Speed E., Mannion R. (2020), “Populism and health policy: three international case studies of right-wing populist policy frames”, *Sociology of Health & Illness*, 0: 1-15, doi: 10.1111/1467-9566.13173.
- Stefanini A., Bodini C. (2014), “Salute e partecipazione della comunità. Una questione politica”, *Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, 58, 3: 308-315.
- Twaddle A.C. (1994), “Disease, Illness and Sickness Revisited”, *Studies on Health and Society*, 18: 1-18.
- Viviani L. (2020 a), “Oltre la pandemia: l’immaginazione sociologica alla prova del

- nostro tempo”, *SocietàMutamentoPolitica. Rivista italiana di Sociologia*, 11, 21: 281-295, doi: 10.13128/smp-11968.
- Viviani L. (2020 b), “Nota introduttiva”, *SocietàMutamentoPolitica. Rivista italiana di Sociologia*, 11, 21: 301-302, doi: 10.13128/smp-12656.
- Weber M. (1961), *Economia e Società*, vol. 1, Edizioni Comunità, Milano.
- Young A. (2006), *Antropologie della illness e della sickness*, in Quaranta I., a cura di, *Antropologia medica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. 107-147.

2. Crisi di senso, salute globale e ipotesi di resistenza

di Donatella Barazzetti, Antonella Cammarota*

1. Anche il capitalismo si interroga sui suoi limiti

Ci è capitato di leggere sul *Sole 24 ore* un articolo molto interessante di Vittorio Pelligra (2020) che nella rubrica domenicale *Mind the Economy* recensisce un libro scritto da Angus Deaton e Anne Case (2020). Deaton è un economista britannico che nel 2015 ha vinto il premio Nobel per l'economia. Il libro, a partire da una ricerca sulle "morti per disperazione" che sembrano dilagare negli ultimi anni negli Stati Uniti, costruisce una critica durissima alle attuali forme del Capitalismo. *Deaths of Despair and the Future of Capitalism* s'interroga sulle migliaia di morti dovute a suicidio, droga, alcoolismo avvenute in questi ultimi anni negli Stati Uniti e legate, secondo gli autori, a un processo di "perdita di senso" del vivere che colpisce prevalentemente il ceto medio/basso bianco degli impiegati e operai americani.

Siamo di fronte ad «una società che non riesce più a offrire a una rilevante parte dei suoi membri un contesto nel quale essi possano vivere una vita dotata di senso» (Pelligra, 2020), a una produzione crescente di dolore sociale e fisico che trova origine sempre più spesso nella «lenta disintegrazione della vita sociale ed economica» (Pelligra, 2020) d'interi strati sociali. Ma a quali processi di trasformazione è legato questo percorso di disgregazione? Impossibile ovviamente una riflessione approfondita in questo breve articolo. Proveremo a formulare solo alcune suggestioni che presentano connessioni interessanti tra senso del vivere, salute globale e dimensione politica.

* L'articolo è frutto di riflessioni congiunte e la stesura è stata fatta a quattro mani. È possibile attribuire il paragrafo 1 a Donatella Barazzetti e i parr. 2 e 3 ad Antonella Cammarota.

a) *Le relazioni sociali come merce?*

Sono innumerevoli le sollecitazioni che attraversano ogni giorno il nostro quotidiano dandoci la sensazione che molti aspetti del nostro vivere – la dimensione delle relazioni, degli affetti, dei desideri, il rapporto con il nostro corpo – siano colonizzati dal mercato. Sul piano dell’analisi teorica non è certo una novità. Marx ha scritto pagine straordinarie e “profetiche” sul processo di mercificazione dei rapporti sociali di produzione come carattere fondante del capitalismo, cioè su quel processo attraverso cui il valore d’uso diventa merce. Un processo a cui «non sfuggono valori d’uso (...) come i prodotti del lavoro artistico e intellettuale (...) Né alla mercificazione sfugge l’uomo stesso, ridotto a cosa» (Mascitelli, 1977, p. 15).

Questo processo però, oggi ci appare sempre di più come una pratica di vita. Di fatto ambiti personali e privati che un tempo erano opachi al mercato e al potere politico – il privato, la riproduzione del vivere quotidiano – sembrano essere diventati un terreno elettivo dei rapporti di mercato. Un interessante libro della sociologa americana Arlie Russell Hochschild (2015), *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*, si chiede: esiste un confine alla mercificazione? Si tratta di una ricerca stimolante, divertente e al tempo stesso inquietante, nel campo della pubblicità, che mostra come sentimenti “intoccabili” come l’amore materno, il prendersi cura possano essere veicolati attraverso teneri biscotti e dolci merendine, e come il mercato trasformi in servizi monetizzabili dimensioni fino a poco tempo fa pensabili solo in termini di “relazione”. Dove si pone allora il confine del commerciabile, o meglio si può porre un confine al mercificabile? E quali conseguenze può avere questo processo sul senso che ciascuno di noi attribuisce al proprio vivere?

Si tratta d’interrogativi che non riguardano solo la sfera della nostra soggettività ma quella istituzionale. Le forme organizzative, le logiche politiche, le finalità, e i riferimenti simbolici di molti ambiti istituzionali sono attraversati da un processo di sostituzione della finalità sociale con la logica del profitto. O comunque con logiche di efficacia ed efficienza economica. Il campo della salute in primo luogo, l’istruzione.

È l’idea stessa di servizio (pubblico) ad essere sostituita con quello di azienda. Sotto i nostri occhi le Usl (Unità Sanitarie Locali) si sono trasformate in Asl (Aziende Sanitarie Locali).

Le nostre università si sono popolate di crediti, ogni livello dell'insegnamento si è saturato di precari, i malati si sono trasformati in clienti o utenti. Il coronavirus ha impietosamente messo a nudo le conseguenze di anni di tagli e ristrutturazioni in nome di logiche estranee a ogni finalità sociale, con conseguenze pesanti sulle condizioni materiali del vivere delle persone ma anche sui loro orientamenti, valori e visioni del mondo.

b) L'agire politico

Questo processo di “mercificazione” del vivere personale e delle finalità che orientano le politiche sociali si accompagna a trasformazioni profonde dell'agire politico e degli ambiti di questo agire. Dimensioni del vivere impensabili fino a poche decine di anni fa come oggetto di regolazione politica sembrano sempre più al centro di questo agire. Ambiti come il morire, il nascere, le forme della sessualità sono diventate da anni un territorio dello scontro politico, di fatto azzerando una partizione che per oltre 150 anni ha costituito un fondamento della modernità: la separazione tra dimensione pubblica, luogo della “polis”, della cittadinanza e dei diritti e dimensione privata luogo delle relazioni affettive e della riproduzione del vivere, che diventa direttamente terreno della regolazione politica. Le straordinarie analisi di Foucault (2013) sulle nuove dimensioni assunte dal potere (il biopotere) ci offrono importanti spunti interpretativi di questo processo. La corporeità nella sua interezza diventa un crocevia su cui si intersecano nuove dimensioni del potere politico e nuove forme di produzione del profitto.

Ci troviamo così coinvolti in un processo di trasformazioni profonde della società che comporta la messa in discussione di molti degli elementi soggettivi e sociali intorno a cui per un lungo periodo sono state costruite le narrazioni di senso delle nostre vite. Un processo che penetra nel profondo delle dimensioni più intime del nostro vivere: le relazioni affettive, la sofferenza, le modalità di morire, o di mettere al mondo nuove vite, ecc. Un processo che si lega e a volte si confonde con i nuovi orizzonti aperti dalla ricerca scientifica che in nome della salvaguardia del nostro benessere, della lotta alle malattie, della cancellazione della morte come componente naturale del vivere ci espone

a nuove fragilità e dipendenze, a nuove modalità di percepire i nostri corpi, alla difficoltà di tracciare i confini del possibile.

2. L'industria della salute

La dimensione della salute assume una grande rilevanza in questo processo di trasformazione. Intorno ad essa, infatti, sono andati strutturandosi interessi economici e produttivi la cui portata non è solo legata al profitto ma alle implicazioni che il terreno su cui si sviluppano, la salute appunto, ha nella vita e nei destini di miliardi di persone. Il potere dell'industria della salute e del farmaco trae infatti la sua forza dalla promessa di una salvazione dalla malattia e dalla morte. Le vicende dei vaccini contro il Covid-19 sono emblematiche in questo senso.

Nell'analizzare le ragioni dell'epidemia di morti per disperazione presenti negli Stati Uniti, Care e Deaton indicano tra i principali responsabili proprio quella che definiscono l'"industria della salute", a causa della quale «la finalità pubblica e il benessere dei cittadini sono stati subordinati al guadagno privato dei già ricchi» (Case e Deaton, cit. in Pelligra, 2020). Questo processo, sottolineano gli autori, prende avvio dall'industria, ma coinvolge la politica acquiescente con i grandi interessi economici, così come le agenzie di regolamentazione e in molti casi anche la professione medica. E mette in moto un percorso che risponde al crescente malessere e alla sofferenza delle persone non in termini di servizi ma attraverso l'industria dei farmaci (gli psicofarmaci in particolare) creando «quel cortocircuito che parte del capitalismo contemporaneo sta mettendo in atto concentrandosi esclusivamente e ossessivamente sul profitto a qualunque costo, anche al costo di innumerevoli vite umane» (Pelligra, 2020). Un cortocircuito ancora più evidente se si pensa alla commercializzazione di farmaci che pretendono di "curare", attraverso protocolli medicalmente assistiti più o meno efficaci, quelle stesse dipendenze che altri farmaci, prodotti dalle stesse case farmaceutiche, hanno contribuito a creare. Nel 2015, un terzo di tutti gli adulti, negli Usa, ha ottenuto una prescrizione di medicinali a base di oppioidi. Parliamo di 98 milioni di persone.

Più in generale gli orientamenti economici negli Stati Uniti sono passati dall'attenzione ai bisogni delle persone all'assumere come unico obiettivo rilevante gli interessi delle imprese, dei manager e degli

azionisti. È questo processo, secondo Case e Deaton, che ha portato alla diffusione di lavori pagati peggio, più insicuri e socialmente inutili e che, come epifenomeno, ha finito per alimentare l'epidemia di disperazione e tutte le morti ad essa associate.

Sotto questo profilo la salute diventa un terreno su cui si gioca una partita strategica tra indirizzi politici ed economici che pongono al centro il mercato e orientamenti che sostengono la centralità del sociale, dei bisogni e dei diritti dei singoli soggetti.

L'esperienza di Solaris Odv (Organizzazione di Volontariato) può offrire importanti strumenti di riflessione in questa direzione.

3. Organizzazione dal basso e logiche istituzionali nel campo della salute mentale

Quella che proponiamo è un'analisi legata a un ambito, la sofferenza psichiatrica, e ad esperienze specifiche non immediatamente generalizzabili ma che, come tutte le esperienze umane, possono offrire spunti di riflessione su alcuni nessi importanti. Nello specifico, la relazione tra le logiche della dimensione istituzionale e quelle dell'organizzazione dal basso, le contraddizioni che si aprono tra la poliedricità della dimensione soggettiva e la standardizzazione di quella istituzionale.

L'esperienza che analizziamo è quella di Solaris Odv, un'associazione di familiari, di pazienti psichiatrici e volontari, che supporta i pazienti in uscita dalle comunità terapeutiche perché possano riorganizzare un proprio percorso di vita a partire dal diritto ad avere spazi abitativi autonomi in cui ricostruire il senso del vivere quotidiano (Camarrota e Raffa, 2020).

L'associazione nasce nel 2002 dalla collaborazione tra un gruppo di familiari e utenti psichiatrici e alcuni psichiatri e operatori della Comunità Terapeutica e del Csm di via Sabrata nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale dell'Asl Roma 1 (allora Asl Roma). La ragione principale della sua nascita sta nella necessità di rispondere a un problema grave: come offrire ai pazienti psichiatrici le condizioni per reinserirsi nella società nel momento in cui lasciano la comunità terapeutica, in anni in cui i servizi necessari alla reintegrazione sociale di queste persone erano ancora molto carenti. L'associazione Solaris è

fra alloggio e assistenza che lo caratterizza in tutti i suoi passaggi. Mentre, infatti, il bisogno di assistenza, derivante dagli aspetti clinici e dalla disabilità, può manifestare variazioni significative lungo il decorso (...), il bisogno di un luogo in cui vivere è invece una necessità costante ed universale, non solo per il paziente, ma per tutti gli esseri umani e per tutta la vita» (Maone, 2016). Si tratta di un passaggio teorico e concreto che sposta l'attenzione dalla malattia alla persona, dalle logiche della clinica alla centralità del soggetto sofferente. E apre alla possibilità di interpretare in modo nuovo e diverso non solo l'ambito specifico della psichiatria, ma il confronto/scontro tra logiche orientate al sociale e logiche orientate al mercato.

Mentre l'effetto della sovrapposizione tra abitare e cura proprio di un modello "gradualistico" comporta che la traiettoria esistenziale del paziente si trovi ad essere costantemente vincolata alla collocazione spaziale del *provider*, anziché essere modulata sulla naturale variabilità temporale dei bisogni (Maone, 2016), l'esperienza dell'abitare supportato ha invece come obiettivo il radicamento stabile del paziente nella comunità, attraverso la restituzione di un "vero" spazio personale nel territorio e quindi di un autentico senso di appartenenza e di opportunità evolutive, svincolando i bisogni degli utenti più gravi da luoghi istituzionali più o meno vigilati e presidiati.

Questa impostazione mette dunque al centro il soggetto e i suoi bisogni, riconoscendo la sua profonda competenza sul proprio vivere e su quello di cui ha bisogno.

Se questi sono gli indirizzi teorici da cui è partita l'esperienza di Solaris, come renderli però una pratica effettiva? Non si può trovare una risposta unica e standardizzabile, ma è possibile inventare dei modelli flessibili e parzialmente ripetibili. Infatti, il *supported housing*, sia pure con modalità differenziate è stato fatto proprio dal Dipartimento di Salute Mentale della Asl Roma 1 e coinvolge attualmente circa 180 pazienti. Sono proprio i presupposti stessi su cui si fondano questi indirizzi, la centralità del soggetto e la peculiarità dei suoi bisogni e dei suoi percorsi che rendono necessario immaginare più modelli possibili. Contemporaneamente però occorre confrontarsi con le logiche organizzative e di standardizzazione degli ambiti istituzionali della cura e dei servizi.

Si parla molto nei dibattiti e nei documenti ufficiali di Welfare di comunità, di convergenza delle istanze istituzionali, politiche, del

terzo settore; un tentativo di far convivere logiche differenti attraverso percorsi di confronto, co-progettazione, collaborazione che consentano di contribuire al benessere delle persone fragili a partire dai loro bisogni, capacità, spazi di autonomia. La legge 328 del 2000 questo si proponeva. Ma la sua applicazione è ancora in mezzo al guado.

L'esperienza di Solaris consente forse alcune indicazioni su questa strada. In primo luogo, come si è detto, la separazione tra luogo di vita e dimensione clinica; la possibilità di pensare al percorso di cura come il frutto di una collaborazione alla pari tra pazienti, familiari, operatori e volontari (Barazzetti, Cammarota e Carbone, 2014). La tessitura di un'estesa rete di associazioni in grado di rispondere ad una molteplicità di bisogni dei pazienti; la creazione di attività interessanti e formative in cui coinvolgere pazienti operatori volontari familiari; la realizzazione di prodotti concreti come il giornale di quartiere, "Pausa caffè", creato da un laboratorio di giornalismo operante da anni; un confronto costante, ma non subordinato con le istituzioni. E infine una scelta strategica importante che mette al centro le relazioni, la possibilità di conoscere a fondo e di seguire tutte le persone che si rivolgono a Solaris e la possibilità di una formazione "relazionale" permanente per familiari, operatori e volontari. Questo comporta la scelta di una dimensione dell'associazione limitata, una attenzione a non crescere oltre un certo limite promuovendo la ripetibilità di esperienze simili. Un principio fondante non solo per Solaris ma per il funzionamento e l'efficacia dei servizi territoriali.

Dunque Solaris tenta una pratica effettiva dell'idea di salute globale e anche di un'idea di democrazia legata alla partecipazione e allo scambio all'interno della quale aprire il confronto con le istituzioni nella pratica dell'agire.

Riferimenti bibliografici

- Barazzetti D., Cammarota A., Carbone S. (2014), *Incolpevoli però... La famiglia nelle rappresentazioni degli operatori dei servizi di salute mentale*, Aracne, Roma.
- Cammarota A., Raffa V. (2020), "Ripensare le politiche di salute nell'era neoliberista. Welfare mix e sofferenza psichica. Quali spazi d'intervento per la società

- civile?”, *Società Mutamento Politica. Rivista italiana di Sociologia*, 11 (22): 265-274, doi: 10.13128/smp-12653.
- Case A., Deaton A. (2020), *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*, Princeton University Press., Princeton.
- D’Avanzo B., Maone A., a cura di (2015), *Recovery*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Foucault M. (2013), *La volontà di sapere. Storia della sessualità vol. 1*, Feltrinelli, Milano.
- Hochschild A.R. (2015), *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*, Il Mulino, Bologna.
- Maone A. (2016), “L’indipendenza abitativa come esito in salute mentale”, *Nuova rassegna di studi psichiatrici. Rivista on line di psichiatria*, Vol. 13, 4 agosto 2016, <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/volume-13/indipendenza-abitativa-come-esito-in-salute-mentale>, (ultimo accesso, 2 febbraio 2020).
- Mascitelli E., a cura di, (1977), *Mercificazione*, in *Dizionario dei termini marxisti*, Vangelista, Milano.
- Pelligra V. (2020), “Arriva dagli Usa un’altra epidemia: migliaia di morti per mancanza di senso”, *Il Sole 24 ore*, 16 agosto, <https://www.ilsole24ore.com/art/arriva-usa-un-altra-epidemia-migliaia-morti-mancanza-senso-ADM82cj>, consultato il 16 febbraio 2021.

3. Istituzioni sanitarie vs Dr. Web: cittadini tra empowerment e disorientamento

di Antonia Cava

1. Introduzione

La pandemia di Covid-19 ha profondamente trasformato spazi e tempi della nostra vita quotidiana. I profondi mutamenti che stiamo attraversando hanno collocato sotto la lente d'ingrandimento del discorso pubblico la centralità dei sistemi sanitari. In questo saggio ci occuperemo di Sanità e Comunicazione; ci sembra, infatti, importante delineare le dinamiche d'uso delle tecnologie digitali su due fronti: la domanda e l'offerta d'informazione sanitaria. Il trauma collettivo che stiamo vivendo potrebbe essere trasformato in un'opportunità imperdibile per fare quel salto evolutivo nel sistema comunicativo sanitario da troppo tempo sollecitato.

Servendoci dei dati di Report nazionali ed internazionali sui bisogni informativi dei cittadini, proveremo a comprendere come si ricollocano nello spazio della Rete tanto le istituzioni sanitarie quanto gli utenti.

Le maggiori opportunità di accedere alle informazioni sulla propria salute permettono concretamente ai cittadini di utilizzare queste conoscenze in modo più efficace? La digitalizzazione della comunicazione sanitaria ha reso i professionisti della salute leader d'opinione 3.0?

Rifletteremo, da una parte, sul rischio di creare fenomeni di falso *empowerment*, definibili come la convinzione ingiustificata di sapere in riferimento al proprio benessere (Covolo *et al.*, 2012); dall'altra, sulla possibilità che il rinnovamento della comunicazione istituzionale nel web sociale si riveli una promessa ancora da realizzare.

La cultura della salute si colloca, ormai, nel passaggio da insieme di attività volte a combattere la malattia, a pratiche consolidate che

consentono uno stato di benessere generale della persona¹: la cultura della salute quotidiana è quindi sempre più plurale, allargata e complessa (Cipolla & Maturo, 2014).

Nello spazio digitale, la piramide organizzativa attraverso cui ogni prodotto comunicativo viene generato, anche quelli legati ai temi sanitari, cambia posizione (Bazzarin & Pavan, 2013; Colli Franzone, 2015): non più la rassicurazione di una struttura rigidamente verticale gestita dalle istituzioni sanitarie, ma vi è una “cultura della salute” che proviene dal basso (Cersosimo, 2014). Questa cultura nasce all’interno di *networking* di varia natura (blog, forum ecc.) ed i pubblici connessi (Boccia Artieri, 2012) si trovano ad essere sempre più coinvolti nel dibattito contemporaneo sulla salute (Syed-Abdul *et al.*, 2013). L’accesso facile ed immediato alle informazioni in rete, però, progressivamente rischia di contribuire ad aumentare l’incertezza nell’ambito dell’informazione sanitaria, come vedremo nei prossimi paragrafi.

Lo spazio del web si configura come una nuova *agorà* che rinegozia il rapporto medico-paziente: il medico, che costruiva l’autorevolezza della sua comunicazione su criteri prescrittivi e auto-referenziali, si trova a doversi confrontare con pazienti, che spesso conquistano una parziale conoscenza delle problematiche cliniche sulla base della propria esperienza di navigare nella rete (Andersen *et al.*, 2012).

Si tratta di una vera e propria “emergenza” di comunicazione dove consolidate prassi e modalità, ormai rinsaldate nel tempo e nella forza esperienziale dei professionisti, si mostrano fallibili in virtù di una maggiore diffusione del sapere e della cultura medica, e di un’evidente possibilità di alternative terapeutiche, rappresentate non solo dagli specialisti del settore, ma da fonti con spiccate capacità divulgative e dalla indubbia pervasività (Cava e Dionisio, 2016).

In questo scenario come si ricollocano le istituzioni che dovrebbero filtrare, categorizzare ed organizzare le conoscenze sulla medicina? Se l’informazione, ed in particolare l’informazione scientifica, è molto più di quella che è possibile utilizzare, le criticità non riguardano solo l’accesso, piuttosto si estendono alle strategie per far emergere la qualità sulla quantità (Paccagnella, 2010). Le fonti autorevoli come ri-

¹ L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non soltanto l’assenza di malattia o d’infermità.

spondono a questa ambivalenza? La sfida da affrontare riguarda, poi, variabili del tutto nuove, come le logiche di visibilità e filtraggio degli algoritmi, che influenzano la circolazione delle informazioni e la loro possibilità di raggiungerci (Lalli, 2015).

2. Istituzioni sanitarie, cittadini e pratiche digitali

Consideriamo i due volti della sanità digitale: la capacità da parte delle istituzioni sanitarie di rinnovare il proprio stile comunicativo di fronte alla sfida della *Social Network Society* e gli usi che i pazienti fanno della rete.

Come è noto, sulla partecipazione in rete e il collegamento dei pubblici connessi nell'epoca dei social network gli studi di Henry Jenkins (2006) descrivono frequentatori della rete che non sono più solo consumatori, ma che sono anche produttori di contenuti.

Nello spazio digitale le istituzioni sanitarie si trovano di fronte pubblici attivi, che generano quella cultura della salute, che proviene dal basso, di cui parlavamo nell'introduzione.

Si ha, per esempio, la possibilità di raccontare la storia di malattia di cui si è protagonisti (Iaconesi & Persico, 2016). La vetrinizzazione (Codeluppi, 2007) della propria esperienza da paziente può diventare risorsa informativa dal forte impatto emozionale per tutti coloro che condividono gli stessi percorsi di sofferenza (Kim & Lee, 2014). Nella scena pubblica sono, poi, sempre più visibili spazi online di condivisione di informazioni sulla salute, confronti di pareri sulle prestazioni mediche e interazioni con medici e strutture sanitarie (Moorhead, 2013). Si delinea una cultura pubblica connessa, in cui le forme di produzione culturale individuale diventano linguaggio pubblico, che "contamina" le rappresentazioni costruite professionalmente.

Nel passaggio da una comunicazione *top-down* ad una comunicazione orizzontale, le organizzazioni sanitarie hanno la possibilità di comunicare con pazienti più difficili da raggiungere, di offrire la possibilità agli utenti di essere protagonisti all'interno dei profili social delle istituzioni sanitarie, o ancora di monitorare le conversazioni dei cittadini su specifici temi sanitari (Cava e Dionisio, 2018). I medici stessi, d'altra parte, possono servirsi dei social media per gestire il proprio *self branding*, per dare visibilità alle loro ricerche, per rafforzare

i legami all'interno della comunità scientifica e per offrire un senso di maggiore vicinanza ai pazienti (Pinto & Annovi, 2016). Bisogna considerare, poi, come i gruppi di pazienti in rete contribuiscono a definire anche la reputazione online delle istituzioni sanitarie a cui si rivolgono e dei medici che li curano (Rothenfluh *et al.*, 2016).

Tutto questo si traduce in un mutamento dell'economia della reputazione degli operatori del mondo della sanità; il sistema, in questo caso, è basato su una valutazione diffusa a partire da informazioni pubblicamente disponibili. Una saggezza collettiva, frutto del passaparola, irrompe nello scambio di dati rigido e spesso autoreferenziale cui era abituata la comunità scientifica.

3. L'overload informativo è smarrimento? I dati

Analizziamo, ora, i dati di alcune indagini dedicate alle attività di ricerca delle informazioni sulla salute, considerando, in particolare, il ruolo di medici e piattaforme digitali.

Un sondaggio, promosso dal Ministero della Salute riguardo *I bisogni informativi dei cittadini*², elaborato in collaborazione con la Fondazione Censis (2017), ha evidenziato che l'80% degli italiani è interessato ai temi della salute. Il 62,5% della popolazione si reputa molto e abbastanza informato sui temi sanitari, in particolare il 56,4% si giudica abbastanza informato, mentre il 6,1% molto informato. Il 32,3% dei partecipanti all'indagine dichiara di far uso di internet abitualmente per questioni relative alla salute.

Passando dalla domanda d'informazione sanitaria allo scenario contemporaneo della cura in rete dal punto di vista della comunicazione istituzionale, Lovari (2017) stima che le aziende presenti su almeno un social media con un presidio istituzionale sono 82, pari al 66,6% delle Asl. La piattaforma più utilizzata è YouTube, seguita da Facebook e Twitter. Se nel corso degli ultimi anni la crescita è stata costante (nel 2013 erano il 36% di quelle italiane), i canali di social

² L'indagine su un campione di 1.000 cittadini italiani ha analizzato l'interesse, il livello percepito d'informazione sanitaria, i bisogni informativi, le informazioni utilizzate nel rapporto con i servizi sanitari e le opinioni sulle azioni da intraprendere per migliorare l'informazione sui servizi e sulle strutture sanitarie.

media sono però spesso rivolti agli addetti ai lavori e utilizzati per promuovere servizi sanitari o informazioni amministrative. Sono poco usati per la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, ed ancora non si pongono al centro le voci dei cittadini/pazienti e forme di un loro pieno coinvolgimento. A differenza di quanto accade nel panorama internazionale, dove organizzazioni sanitarie come l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono presenti su tutti i social media e declinano in maniera diversa i vari profili, che sono rivolti, di volta in volta, a pazienti, giornalisti, operatori sanitari, ricercatori³.

Se appare ancora evidente, purtroppo, l'inadeguatezza di buona parte dei modelli comunicativi adottati nelle strutture pubbliche sanitarie, che pagano ancora oggi lo scotto di una tardiva attenzione alla comunicazione; per quanto riguarda i medici, invece, gli strumenti digitali entrano nella loro quotidianità.

L'85% dei Medici di Medicina Generale e l'81% dei medici specialisti utilizza la mail per inviare comunicazioni ai pazienti; WhatsApp è usato dal 64% dei primi e dal 57% dei secondi per fissare o spostare appuntamenti e per condividere documenti o informazioni cliniche (Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, 2019).

Tornando agli utenti, che cosa cercano gli italiani sul web in tema di salute? Un sondaggio, condotto dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano in collaborazione con Doxapharma, rivela che oltre un terzo dei cittadini italiani cerca sul web informazioni generiche sulla salute, come malattie, sintomi e cure (38%) e su corretti stili di vita e alimentazione (37%), il 15% s'informa sui vaccini. Le donne consultano internet più spesso rispetto agli uomini (Warner & Procaccino, 2004). Queste percentuali si riducono all'aumentare dell'età del campione, ma anche fra gli *over 65* più di uno su quattro (27%) cerca informazioni online. I canali più utilizzati dai cittadini sono i siti web istituzionali (52%), seguiti dai portali dedicati alla medicina e alla salute (30% in media), mentre app, blog e social network sono ritenuti meno affidabili e sono usati prevalentemente per informarsi sui corretti stili di vita e sull'alimentazione (23%). La maggior parte dei cittadini (52%) usa la App di messaggistica per chiedere al medico di fissare o spostare una visita e nel 47% dei casi per comunicare lo stato di salute. Circa la metà del

³ E. Santoro, "Sanità ancora poco social", *Il Sole24Ore*, 28 giugno 2016.

campione trova online informazioni sui medici (51%) e su strutture e prestazioni sanitarie (44%), ma se si analizza l'accesso ai servizi sanitari i cittadini appaiono molto meno digitali: solo il 23% ha prenotato online le prestazioni. Il contatto personale risulta molto rilevante nella scelta dello specialista a cui affidarsi: i cittadini considerano il parere del medico di medicina generale come fondamentale nella scelta del medico specialista (43%), seguito dal parere di parenti e amici. Le informazioni trovate sui siti istituzionali sono ritenute per nulla rilevanti dal 25% dei cittadini, così come le opinioni e recensioni su siti web (28%).

I dati indicano che il web nelle varie modalità, dai siti ai social network, s'impone come foro alternativo a quello medico.

Il web conta molto di più al ridursi dell'età degli intervistati.

Il tema web è rilevante, anche se è di certo positivo che medico e farmacista siano ancora la fonte più importante. Si sceglie di entrare direttamente in contatto con il proprio medico, perché considerato una fonte oggettiva e di fiducia.

Ampliando lo sguardo al contesto internazionale, l'*Health Report 2020*, indagine internazionale che ha riguardato dodici paesi europei, riconosce negli italiani i cittadini europei più favorevoli all'uso dei dispositivi elettronici e della tecnologia per avere accesso al consulto medico o per monitorare il proprio stato di salute (Maturò, 2014) e i progressi terapeutici (il 79% del campione italiano, rispetto a una media di sondaggio del 70%). Solo una minima parte è preoccupata per la propria *privacy*, in caso di utilizzo di app per la salute (6% rispetto alla media del sondaggio pari all'11%). Quando si tratta, però, di acquistare farmaci, anche online⁴, la maggioranza degli italiani preferisce rivolgersi alla propria farmacia di fiducia (33%).

Alla luce di questi dati, bisogna riconoscere come il problema delle fonti stia assumendo una dimensione centrale e critica allo stesso tempo: da una parte, le informazioni sanitarie ufficiali; dall'altra, le informazioni alternative.

L'accesso facile e immediato alle informazioni in rete, come sotto-

⁴ Solo il 13% degli italiani è consapevole di poter ordinare farmaci soggetti a prescrizione medica inviando la prescrizione in anticipo per posta elettronica. Quasi un terzo (31%) degli italiani crede erroneamente che le farmacie online possano vendere solo farmaci da banco.

lineato nella parte iniziale di questo saggio, rischia di contribuire ad aumentare l'incertezza nell'ambito dell'informazione sanitaria. Pazienti e cittadini si trovano quasi bombardati di contenuti e notizie, tra cui non sempre è facile selezionare informazioni corrette e affidabili.

Da sempre l'*empowerment* del cittadino ha beneficiato di certo della moltiplicazione di contenuti e di fonti su salute e sanità, ma l'attuale proliferare d'informazione non verificata sul web rischia di essere, invece, responsabile della fragilità conoscitiva degli utenti di fronte a flussi informativi incontrollati e non certificati (Mazzoni, 2020).

Ogni tipo di contenuto che circola sulla rete ha un carattere d'informalità. La costruzione che ne deriva è così molto più legata all'emotività che non alla razionalità, fondata sulla fiducia che diamo a coloro che condividono il contenuto con noi.

Ciò che in passato era patrimonio informativo, gestito da pochi che potevano decidere cosa comunicare e cosa no, oggi può divenire, come abbiamo visto, contenuto partecipato dal basso. È importante, allora, immaginare giusti antidoti ai rischi della diffusione incontrollata di notizie non solo parziali, ma molto spesso errate.

Emerge forte, di fronte alla disintermediazione come risorsa, la necessità di re-intermediazione come certezza. La disintermediazione, infatti, non vince quando i bisogni individuali e collettivi diventano più esigenti e pressanti (Morcellini, 2020).

In ambito sanitario sono 8,8 milioni gli italiani vittime di *fake news* e 3,5 milioni i genitori che si sono imbattuti in indicazioni mediche sbagliate (Censis, 2017). Se consideriamo il tempo pandemico che stiamo vivendo, l'Osservatorio sulla disinformazione dell'Autorità per la Garanzia nelle Comunicazioni rileva come l'attenzione attribuita dalle fonti di disinformazione al Coronavirus sia rimasta sempre alta (37%). L'incidenza della disinformazione sul totale delle notizie online sul Coronavirus ha registrato un valore compreso tra il 5% e il 6%⁵.

La crisi delle relazioni interpersonali, sostituite da un aumento esponenziale della comunicazione tramite social e *instant messenger*,

⁵ Si pensi alla falsa credenza secondo cui i cibi piccanti possano prevenire il Covid-19 o alla teoria secondo cui le reti Wi-Fi 5-G possano fungere da acceleratore nella propagazione di questo virus, o ancora alla falsa notizia che il virus fosse fabbricato dall'uomo in laboratorio (Caliandro *et al.*, 2020).

e le istituzioni che per troppo tempo hanno sottovalutato l'importanza di una comunicazione trasparente e attiva con l'utenza, hanno generato dei vuoti che sono stati via via riempiti da chi ha colto le opportunità di rapporti fiduciari in crisi. Un'utenza, lasciata sola per troppo tempo, può diventare preda facile di falsi guru del benessere.

Il crollo della credibilità istituzionale e delle fonti accreditate, l'avanzare degli *influencer* che hanno la capacità di orientare scelte, senza necessariamente dover dimostrare le competenze in merito ai contenuti veicolati, caratterizzano l'istantanea che stiamo cercando di ricostruire. Ed è in questo contesto che è importante segnalare che il sito *salute.gov.it*, con l'esplosione della pandemia da Covid-19, ha acquisito una posizione di leadership informativa. Nelle situazioni di emergenza le persone richiedono informazione certificata. La ricerca d'informazioni affidabili sulla crisi sanitaria mondiale, infatti, ha collocato il sito del Ministero della Salute al centro dell'ecosistema informativo. La traiettoria di crescita delle visite, tra dicembre 2019 e marzo 2020, è stata particolarmente rilevante: se nel mese di dicembre 2019 gli accessi erano stati quasi un milione, nel periodo tra il 28 febbraio e il 26 marzo 2020 gli accessi sono stati oltre 28 milioni. Considerando più dettagliatamente le fonti di traffico, i canali social, nello stesso periodo di rilevazione, passano dall'1% al 22% (SimilarWeb, 2020).

Sul sito web ministeriale è stata aperta una sezione dedicata al Covid-19 in italiano e inglese, con una pagina tematica denominata "Attenti alle bufale", analoga a quella presente sul sito del WHO, mirata a contrastare la disinformazione attraverso la confutazione di più di 50 *fake news* sul coronavirus diffuse sui social media tra marzo e aprile. Sono state realizzate anche specifiche campagne di comunicazione per informare i cittadini rispetto alle misure preventive da tenere, utilizzando testimonial e influencer, nonché attraverso collaborazioni con la Presidenza del Consiglio dei ministri e altri ministeri (Lovari & Righetti, 2020, p. 160).

Questa è un'occasione perché il Ministero della Salute si affermi finalmente come "voce dirimente del rumore indistinto delle informazioni disponibili" (Collicelli & Vaccaro, 2008, p. 26), non perdendo il capitale relazionale conquistato durante l'emergenza.

La paura dei cittadini corre veloce nelle piattaforme del web sociale, è proprio in questi spazi che le strutture pubbliche sanitarie dovrebbero comunicare più efficacemente, dotandosi di professionisti della comunicazione che riescano a "identificare e discorsivizzare strategie co-

municative in grado di avere effetti positivi sui cittadini connessi” (Lovari, 2017, p. 134).

4. Riflessioni conclusive

Abbiamo visto come, nelle frammentate ecologie mediali contemporanee, insieme all’informazione sanitaria ufficiale, conquistano visibilità anche informazioni alternative (Starbird, 2017), a cui la diffusione del web e dei social media ha garantito legittimità e un’*audience* più ampia (Comunello *et al.*, 2017).

È emerso come il cambiamento di rotta per rafforzare la comunicazione sanitaria istituzionale va indirizzato verso modelli partecipativi, la cui efficacia è determinata da processi comunicativi bidirezionali. I cittadini non chiedono più solo trasparenza, chiarezza, semplicità, ma per essere orientati devono essere conquistati con linguaggi e strumenti innovativi (Cioni & Lovari, 2014). I professionisti della salute sono chiamati a rivedere le logiche comunicative, riavvicinando i cittadini/pubblici/utenti della *Social Network Society* al “sapere istituzionale”. Bisogna, allora, da una parte, offrire alla cittadinanza un’informazione chiara, trasparente e scientificamente solida; dall’altra, fornire ai professionisti della salute degli strumenti comunicativi nuovi, al passo con i tempi e in grado di far fronte alla disinformazione, rappresentata dall’incremento costante della circolazione di notizie inesatte o false.

Sebbene le istituzioni riconoscano l’importanza di conquistare un ruolo riconoscibile nel frastagliato ecosistema digitale, ancora non è adeguata la competenza nell’uso strategico delle piattaforme per riarticolare i processi di condivisione con i pubblici. La forza comunicativa può essere conquistata, riuscendo a bilanciare la terminologia medica autorevole e la semplicità di registri linguistici più colloquiali (Bosco, 2016).

Per quanto riguarda i cittadini, la possibilità di accedere a flussi informativi “in piena” può tradursi in autentico patrimonio informativo, solo nel momento in cui possiedono strumenti materiali e culturali che permettano di fare selezione.

Non possiamo, poi, non considerare le criticità legate al *digital divide* che rischia di perpetuare forme di disuguaglianza: si pensi alla

popolazione anziana, che poi è quella che maggiormente ha bisogno del sistema sanitario.

Dai dati fin qui analizzati emerge, infine, un aspetto assai interessante: nell'ultimo anno, in particolare, pare che le insidie dell'*overload* informativo, avvertite dai pubblici, li abbiano spontaneamente orientati a un ricentraggio su palinsesti informativi autorevoli. Questo vale tanto per gli spazi del web in cui intercettare le conoscenze sulla salute, di cui si ha bisogno, ma riguarda genericamente le fonti d'informazione preferite. Le prime cinque fonti d'informazione preferite dagli italiani includono strumenti tradizionali come telegiornali, reti televisive *all news* e quotidiani cartacei, insieme all'innovazione fornita dalla piattaforma social più diffusa, Facebook, e dai motori di ricerca su internet, come Google, che permettono in pochi secondi di aggregare risultati per parole chiave o argomenti (Censis, 2020). Ha preso il via un processo in cui gli internauti hanno preso coscienza che spesso l'intermediazione si traduce in informazione di maggiore qualità. Questa rinnovata domanda di gerarchizzazione delle fonti rivela una nuova economia dell'attenzione dei pubblici (Morcellini, 2018).

I cittadini mostrano sempre più frequentemente un reale interesse a diventare interlocutori consapevoli ed informati, potremmo dire *empowered*; le istituzioni sanitarie fanno ancora fatica ad innovare profondamente i processi comunicativi per diverse ragioni: dotazioni di risorse non adeguate allo scenario digitale, assenza di visione strategica, mancanza di fondi (Vicarelli, 2013). L'accresciuta performatività comunicativa dei cittadini (Morcellini, 2015) corre ancora più veloce della maggiore consapevolezza delle istituzioni sanitarie. La comunicazione deve recuperare un ruolo centrale e diventare punto di riferimento per istituzioni che vogliano interpretare il cambiamento.

Riferimenti bibliografici

- Autorità per la Garanzia nelle Comunicazioni, *Rapporto Osservatorio sulla disinformazione online. Speciale Coronavirus*, disponibile su Agcom.it.
- Andersen K. M., Medaglia R., Henriksen H. Z. (2012), "Social media in public health care: Impact domain propositions", *Government Information Quarterly*, 29: 462-469.
- Bazzarin V., Pavan E. (2013), *Medicina 2.0. Comunicare la salute attraverso i social media*, Pro.Met.eO Edizioni, Cagliari.

- Boccia Artieri G. (2012), *Stati di connessione. Pubblici, cittadini e consumatori nella (Social) Network Society*, Franco Angeli, Milano.
- Bosco N. (2016), *Parole che curano? Brevi spunti di riflessione sulla comunicazione sociale in ambito sanitario*, in R. Sobrero, a cura di, *I linguaggi della comunicazione sociale*, Fondazione Pubblicità Progresso, Milano: 15-17.
- Caliandro A., Anselmi G., Sturiale V. (2020), “Fake news, Covid-19 e infodemia: un esempio di ricerca sociale in real-time su Twitter”, *Mediascapes Journal*, 15: 174-188.
- Cava A., Dionisio A. (2018), *Medicin@ reticolare. La comunicazione in Sanità tra dinamiche relazionali e gestione dei processi organizzativi*, in Triassi M., Cuccaro P., Dionisio A., a cura di, *Il Management in Sanità. Manuale operativo di Management Sanitario: esperienze, percorsi e progettualità*, Ateneapoli, Napoli.
- Cava A., Dionisio A. (2016), *Non cercarlo su Google. La salute on-line e off-line: narrazioni, connessioni, disintermediazioni e contraddizioni digitali*, in Triassi M., Cuccaro P., Dionisio A., a cura di, *L'agorà della medicina. Un percorso di ricomposizione del pianeta salute attraverso l'analisi della contemporaneità*, Ateneapoli Editore, Napoli.
- Censis (2020), *16° Rapporto sulla comunicazione. I media e la costruzione dell'identità*, Roma.
- Censis (2017), *I bisogni informativi dei cittadini: verso il portale della trasparenza dei servizi per la salute*, Roma.
- Censis (2017), *La virtuosa evoluzione dell'autoregolazione della salute degli italiani. Il valore socio-economico dell'automedicazione*, Roma.
- Cersosimo G. (2014), *La scoperta della salute. Forme, relazioni e interazioni della comunicazione sanitaria*, Liguori Editori, Napoli.
- Cioni E., Lovari A. (2014), *Social media for health communication: Implementation Issues and Challenges for Italian Public Health Authorities*, in M. Houses, E. Boricky, A. Kushniruk, eds, *Social media and mobile technologies for healthcare*, IGI Global, Hershey, PA: 235-261.
- Cipolla C., Maturo A., a cura di (2014), *Sociologia della salute e web society*, FrancoAngeli, Milano.
- Codegrippi V. (2007), *La vetrinizzazione sociale. Il processo di spettacolarizzazione degli individui e della società*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Collicelli C. & C., Vaccaro M. (2008), *Comunicare la salute: analisi dell'offerta*, in M. Ingresso, a cura di, *La salute comunicata*, FrancoAngeli, Milano: 15-36.
- Colli Franzone P. (2015), “La rivoluzione medica passa per Internet”, *Formiche*, XI, 102: 72-73.
- Comunello F., Mulargia S., Parisi L. (2017), “Non guardarmi, non ti sento. Processi di sense giving nella controversia sui vaccini infantili tra gli utenti di Facebook”, *Problemi dell'informazione*, 3: 431-457.
- Covolo L., Rubinelli S., Orizio G., Gelatti U. (2012), “Misuse (and abuse?) of the concept of empowerment: The case of online offer of predictive direct to-consumer genetic tests”, *Journal of Public Health Research*, 1, 1: 7-10.
- Ducci G. (2016), “Comunicazione pubblica e performance nella sanità digitale: trasparenza e accountability per un empowered patient”, *Sociologia della*

- Comunicazione*, 51: 117-132.
- Du Pre A. (2014), *Communicating about health: current issue and perspectives*, Oxford University Press, Oxford.
- Iaconesi S., Persico O. (2016), *La cura*, Codice Edizioni, Torino.
- Jenkins H. (2006), *Fans, Bloggers, and Gamers. Exploring Participatory Culture*, NYU Press, New York.
- Kim J. N., Lee S. (2014), “Communication and Cybercoping: coping with chronic illness through communicative action in online support networks”, *Journal of Health Communication*, 19, 7: 775-794.
- Lalli P. (2015), “Giochi di significato, visibilità e infomediazione: I sentieri interrotti della comunicazione oggi”, *Sociologia della Comunicazione*, 50: 191-201.
- Lovari A. (2017), *Social Media e comunicazione della salute. Profili istituzionali e pratiche digitali*, Guerini, Milano.
- Lovari A., Righetti N. (2020), “La comunicazione pubblica della salute tra infodemia e fake news: il ruolo della pagina Facebook del Ministero della Salute nella sfida social al Covid-19”, *Mediascapes Journal*, 15: 157-173.
- Maturo A. (2014), “Vite misurate. Il quantified self e la salute digitale”, *Sociologia della Comunicazione*, 48: 60-67.
- Mazzoni, E. (2020), “Il ruolo dei farmaci di automedicazione nella riqualificazione del Servizio sanitario nazionale”, *Icom*, novembre: 1-10.
- Moorhead S.A., Hazlett D.E., Harrison L., Carroll J.K., Irwin A., Hoving C. (2013), “A new dimension of health care: Systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication”, *Journal of Medical Internet Research*, 15.
- Morcellini M. (2020). *Antivirus. Una società senza sistemi immunitari alla sfida del Covid-19*, Castelvecchi, Roma.
- Morcellini M. (2018), *L'essenziale è visibile agli occhi. Una riflessione radicale sulla comunicazione*, Editoriale Scientifica, Napoli.
- Morcellini M. (2015), “La storia della comunicazione ‘rivista’”, *Sociologia della Comunicazione*, 50: 32-42.
- Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità (2019), *Connected Care: il cittadino al centro dell'esperienza digitale*, Milano
- Paccagnella L. (2010), *Open Access. Conoscenza aperta e società dell'informazione*, Il Mulino, Bologna.
- Pinto C., Annovi G. (2016), *Nelle reti. L'oncologo in un sistema complesso di comunicazione e relazioni*, Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Rothenfluh F., Germeri E., P.J. (2016), “Consumer Decision-Making Based on Review Websites: Are There Differences Between Choosing a Hotel and Choosing a Physician?”, *Journal of Medical Internet Research*, 18, 6.
- Syed-Abdul S., Gabarrow E., Lau A.Y.S., eds, (2013), *Participatory Health Through Social Media*, Elsevier, London.
- Starbird K. (2017), “Examining the alternative media ecosystem through the production of alternative narratives of mass shooting events on Twitter”, *Proceeding of the International AAAI Conference on Web and Social Media*, 11 (1): 230-239.
- Vicarelli G., a cura di (2013), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.

Warner D., Prcaccino J. D. (2004), "Toward wellness: women seeking health information", *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 55: 709-730.

4. Donne migranti e nuovi spazi narrativi nella sospensione pandemica

di *Sabrina Garofalo*

1. Introduzione

Leggere la situazione pandemica attraverso il prisma di genere permette di mettere ancor più in discussione le dinamiche di visibilità-invisibilità nonché di riposizionamento dei percorsi di vita nella sempre più marcata separazione tra la sfera della produzione e quella della riproduzione.

Utilizzare poi un approccio di tipo intersezionale consente di mettere a fuoco le rimodulazioni di specifiche esperienze nella categoria della precarietà e della fragilità, a partire dal fatto che i rischi e gli effetti negli aspetti molteplici della vita quotidiana risultano ancor più peculiari se prendiamo in considerazione i diversi percorsi e soggettività migranti.

Studiare le migrazioni come “fatto politico totale” significa adesso considerare le diverse dimensioni e dinamiche che vengono quotidianamente vissute – in dialettica tra macro, micro e meso – dalle soggettività coinvolte in Italia, come paese di accoglienza ed in piena fase pandemica. Leggere il fenomeno migratorio proponendo un’analisi intersezionale pone l’accento sugli aspetti relazionali, sulla costruzione sociale dei ruoli e sui mutamenti sociali che influenzano e sono causati dalle esperienze migratorie femminili. In tal senso, bisogna prendere in considerazione un cambio analitico e narrativo, che partendo da quella che è stata definita come invisibilità – politica e sociale – delle donne migranti, si colloca in un approccio metodologico di dare voce alle donne migranti, storicamente escluse dalla narrazione dominante

sulle migrazioni, e ancor più sulla pandemia. L'intento di questo contributo è quello di riflettere, a partire dall'analisi della letteratura su genere, migrazioni e approccio intersezionale, sul diverso impatto che le vicende legate all'emergenza Covid-19 hanno determinato nelle soggettività femminili migranti. Tale riflessione viene messa a lavoro concentrandosi sulla esperienza specifica della partecipazione associativa e della didattica a distanza rispetto alle iscritte ai corsi di prima alfabetizzazione, in due contesti differenti, quello bergamasco, definibile come emblema della situazione legata alla emergenza, e quello cosentino, in cui il discorso pandemico è stato costruito seguendo una logica emergenziale più debole, soprattutto nella prima fase.

2. Visibilità-invisibilità delle donne migranti in pandemia

Un primo punto da sottolineare è che in questa visibilità-invisibilità le donne migranti partecipano al progetto migratorio attuando scelte e pratiche, dando vita a dinamiche di trasformazioni nei paesi di partenza e in quelli di accoglienza. Considerate invisibili nella sfera pubblica, in quanto migranti e in quanto donne, tali soggettività hanno invece dimostrato di avere ruoli importanti.

Capaci di autonomia e dotate di spirito di iniziativa, alle prese con la (ri)costruzione di una identità che si trova a cavallo tra il passato lasciato nelle terre native e un differente presente (Vingelli, 2013, p. 96).

Tale prospettiva ha radici profonde nella critica all'universalismo, nata all'interno del movimento femminista, e può essere ricondotta a un approccio di tipo intersezionale (Crenshaw, 1989). S'intende con ciò la scelta di metodi e strumenti utili a interpretare come le differenti costruzioni sociali della provenienza e del genere, ad esempio, possano incidere nelle singole biografie. Tale approccio permette di andare oltre immagini e stereotipi, da un lato per evidenziare il modo in cui dinamiche di potere – come nel razzismo e nel sessismo – possano influire nella costruzione identitaria e politica, riconoscendo così l'eterogeneità al fenomeno e, dall'altro, per ridare dignità politica alle singole soggettività.

Scrive Vingelli:

una prospettiva che consideri l'intersezione tra genere, razza, etnicità e altri assi del potere e del privilegio può essere invece un'opportunità per proporre nuovi piani di analisi e per costruire alleanze tra donne/soggetti appartenenti a culture e contesti diversi, sempre a partire dal riconoscimento del proprio specifico posizionamento (Vingelli, 2013, p. 98).

Partendo da ciò, è possibile individuare all'interno del nuovo scenario pandemico, nuove forme di partecipazione e di lettura del fenomeno, offrendo uno spaccato inedito data la specificità situazionale.

L'emergenza sanitaria ha fortemente segnato le priorità dell'agenda politica, stabilendo tra l'altro anche una sorta di omologazione delle misure di prevenzione e contrasto che ha di fatto influito in maniera differente nelle diverse esperienze di vita. Sin dall'inizio della crisi pandemica, numerosi studi e ricerche hanno messo in evidenza il diverso impatto delle politiche in base al genere, rafforzando disuguaglianze e rendendo ancora più complessa la lettura per ciò che concerne l'ambito del lavoro femminile, e non solo. L'esperienza pandemica ha enfatizzato tutti questi aspetti nelle vite quotidiane delle donne migranti, la cui situazione sia nell'ambito del lavoro sia in quello familiare risulta caratterizzata da un'estrema vulnerabilità. L'impossibilità di accedere alla sfera lavorativa ha causato situazioni di estremo disagio economico, con particolare riferimento alle donne sole, costrette a restare nei contesti di accoglienza e senza poter poi contribuire alla sussistenza delle famiglie rimaste nei paesi di partenza.

Scrive Marilisa D'Amico:

finora, lo Stato ha adottato misure uguali per tutti. Si è deciso di chiudere tutti in casa, di trasformare il diritto a un'istruzione pubblica in un diritto usufruibile on line, in modo indifferenziato per alunni delle scuole primarie come per le Università; si sono chiusi da un giorno all'altro centri di assistenza per persone anziane o disabili, non curandosi adeguatamente delle condizioni delle RSA. Per non parlare del lavoro e delle condizioni di chi è lavoratore autonomo o imprenditore, ma anche lavoratore dipendente senza computer, costretto a prendere le ferie non riuscendo a lavorare in *smart working*. Uno *smart working* che per moltissimi si è trasformato in una trappola lavorativa dove non contano più orari, pasti, week-end; dove i genitori con figli piccoli sono costretti a lavorare, badando anche all'assistenza on line richiesta dalle scuole per erogare la didattica. Sotto questo aspetto finora è mancata del tutto una dimensione "sociale" nell'approccio ai problemi e, anche in questo caso, è evidente a tutti che proprio in una situazione come quella che stiamo vivendo è necessario,

dal punto di vista costituzionale, monitorare attentamente l'effettività dei diritti. Infine, le misure generali adottate finora non tengono in alcun conto di chi è già discriminato o si trova in situazione di particolare fragilità. Occorre quindi concentrarsi sui diritti negati di chi già soffre una condizione di discriminazione, partendo dal concetto di discriminazione multipla (D'Amico, 2020, p. 44).

Tutti questi aspetti, legati all'isolamento e alle dinamiche di *smart-working* e didattica a distanza, hanno determinato diverse conseguenze sui percorsi d'integrazione e autonomizzazione delle donne migranti. In quella che è stata definita la «topografia di genere della emergenza sanitaria» (Pezzini, 2020) rimettendo in discussione gli impliciti di genere sottesi alla lettura del fenomeno migratorio, è possibile individuare gli spazi – reali e simbolici – in cui sono stati costruiti i percorsi migratori, che qui possiamo definire come “percorsi interrotti”. Nella costruzione degli spazi privati e pubblici, facendo ricorso a definizioni ormai superate ma utili in questa fase di rafforzamento dei confini e delle mura di cinta all'interno delle quali proteggersi dal virus, i percorsi di vita delle donne migranti hanno subito una frattura, una rottura nella quotidianità – cosa viene vissuto nell'arco di una giornata e cosa viene considerato interno alla costruzione del proprio senso comune e nel percorso prettamente migratorio, considerando tutte quelle attività di costruzione di autonomia nei processi di accoglienza.

Scrivono a tal proposito Valentina Fedele e Anna Elia:

il diffondersi del Covid-19 e l'applicazione delle misure straordinarie di contenimento della pandemia hanno accresciuto la vulnerabilità dei rifugiati e delle rifugiate presenti sul territorio nazionale. Malgrado le sue effettive conseguenze e implicazioni sociali, economiche e psicologiche saranno valutabili solo su lungo termine, si possono trarre fin da ora alcuni elementi di riflessione che emergono dall'impatto delle restrizioni sui migranti ospitati nelle strutture del Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati (Siproimi), sia sui percorsi amministrativi, di accompagnamento e integrazione, che sulla vita quotidiana e sugli spazi relazionali, già di per sé limitati. Se, infatti, sul piano sociologico e politico lo spazio vissuto dal rifugiato nei luoghi di insediamento è, a priori, un non-luogo o un vuoto (Bauman 2007), nella realtà questo spazio si riempie di relazioni, create dall'intervento umanitario stesso (Agier 2002). Tali relazioni, e le pratiche e gli interventi che, in una dinamica circolare, si determinano a vicenda, si sono necessariamente declinate e riadattate a fronte dell'emergenza Covid-19¹ (Elia e Fedele, 2020, p. 153).

¹ Tale analisi fa riferimento allo studio sul caso delle donne rifugiate, ma è possibili rintracciare le stesse dinamiche anche per le associazioni che si occupano, tematiche legate alle migrazioni.

3. Sospensioni e fratture e partecipazione

La frattura creata all'interno del percorso migratorio è quindi trasversale a diversi aspetti: da quelli procedurali amministrativi, a quelli relazionali. In tal senso, uno degli aspetti che qui s'intendono analizzare è lo spazio – di mediazione tra sfera pubblica e privata (Garofalo, 2015) – dell'associazionismo e della cooperazione sociale. La partecipazione alle associazioni si basa sulla possibilità di riunire le persone nello stesso spazio sociale, creando le basi per lo sviluppo di un modello di socializzazione diverso e integrato, in un percorso fatto di orientamenti, metodi, procedure condivise. Scrivono Gatugu e Manço:

per ogni individuo la rete associativa svolge un ruolo fondamentale [...] L'educazione nello spazio associativo prova a donare alle persone un dinamico stare, ovvero una possibilità di vivere un rapporto dinamico tra memoria, consapevolezza del presente e progetto per il futuro (Gatugu J. e Manço A., 2004, p. 37).

Le associazioni rappresentano per le donne migranti lo spazio sociale nonché “di fuga dalla solitudine, di resistenza alle difficoltà della vita, di conforto psicologico, di sostegno reciproco, di solidarietà” (Gatugu J. E Manço A., 2004, p. 37). Ciò che s'intende mettere a fuoco è che le associazioni rappresentano uno strumento di costruzione delle biografie migranti nei Paesi di accoglienza a partire dallo spazio sociale in cui le donne vivono il rapporto tra presente, passato e futuro, risolvendo le difficoltà legate al processo migratorio. Ruolo centrale delle associazioni è, dunque, quello di contribuire alle dinamiche di autonomizzazione ed *empowerment*, con creazione di capitale sociale legate ai processi di riconoscimento individuale e politico.

In questa fase di chiusura, quindi, la partecipazione alle associazioni è risultata impossibile e ciò ha determinato immediate conseguenze che potrebbero configurare possibili e diversi scenari.

In primo luogo, il confinamento fisico, ha determinato una frattura nei percorsi intrapresi: l'impossibilità alla partecipazione, il divieto di recarsi fisicamente per le attività legate alle procedure, ad esempio, ha determinato un importante problema strutturale. Scrivono Anna Elia e Valentina Fedele (2020):

il diritto all'istruzione dei rifugiati, laddove il raggiungimento della certificazione della lingua italiana è condizione essenziale ai fini dell'accordo di integrazione, è messo in

discussione dall'interruzione dell'accesso ai Centri provinciali per l'istruzione degli adulti (Cpia), mentre l'interruzione dei programmi di borse lavoro e tirocini, nonché la perdita di posti di lavoro, spesso informali, ha aggravato la condizione di vulnerabilità dei rifugiati a fronte di uno status giuridico precario, considerando anche la non rinnovabilità dei permessi per protezione umanitaria (Elia e Fedele, 2020, p. 159).

L'impossibilità di una relazione fisica e della condivisione dello spazio associativo ha creato un distanziamento di tipo relazionale e temporale, che ha causato quindi una rottura nei percorsi biografici coincidente con la sospensione in tempo Covid-19. Tale frattura è resa ancor più evidente laddove si considerano le relazioni di aiuto e di sostegno che vengono intraprese all'interno dello spazio associativo, che vanno dalla risoluzione dei bisogni primari, fino alle dinamiche di socializzazione e integrazione in senso lato.

In virtù di tutto ciò, gli approfondimenti legati alle dinamiche sociali che si sono sviluppate nella fase pandemica necessitano di rintracciare nuove pratiche e testimonianze che possano mettere in luce elementi di continuità e discontinuità rispetto alla dimensione quotidiana ordinaria. Tale aspetto vale ancor più per tutto quello che può essere definito il campo migrante, ovvero l'insieme di pratiche, tempi e spazi in cui si costruiscono i percorsi di vita dei migranti. In tal senso, permane quindi l'esigenza di trovare metodi e tecniche meno standardizzate, più flessibili e concentrate sull'oggetto di studio, rintracciando nuovi modi di intendere la ricerca con maggiore capacità di adattarsi alle situazioni. Tale contributo si colloca nel solco di questa riflessione, con l'obiettivo di mettere a fuoco le dinamiche che interessano le soggettività migranti femminili in uno spazio e un tempo, quello dell'Italia come contesto di arrivo e permanenza in fase pandemica, considerando le pratiche partecipative nelle realtà associative².

Al fine di analizzare la situazione e alla stesura di questo contributo si è scelto di approfondire un caso studio in un contesto decisamente emblematico in questa fase di emergenza Covid-19, individuato nel territorio della provincia di Bergamo, e uno nella città di Cosenza, indi-

² Nello specifico sono state condotte interviste semi-strutturate a testimoni privilegiati, ovvero personale individuato nella gestione, coordinamento e implementazione delle attività legate ad associazioni impegnate nel campo delle migrazioni. Particolare attenzione è stata data alle responsabili dei percorsi di alfabetizzazione e in generale di insegnamento della lingua italiana.

viduata sulla base delle attività svolte tenendo in considerazione che a differenza del primo, in Calabria il discorso emergenziale pandemico è stato costruito in maniera diversa e meno “intensa” rispetto al caso lombardo. L’obiettivo era quello di mettere in evidenza come, seppure in contesti differenti, i percorsi delle donne migranti si siano costruiti in spazi nuovi e con simili modalità di narrazione e auto-narrazione.

Si è scelto di “mettere al lavoro” le esperienze delle donne migranti a partire dalle attività legate ai corsi di alfabetizzazione. Lo studio è stato condotto analizzando le esperienze delle docenti e degli studenti, utilizzando le testimonianze presenti on line con particolare attenzione all’analisi testuale dei contributi scritti compresi nelle chat di gruppo (rese disponibili dai soggetti coinvolti).

La sospensione: cambio di percezione e di prospettive

In generale, le attività promosse dalle associazioni e centri che si occupano di migranti possono essere ricondotte a quattro aree principali: l’area abitativa – con azioni di prima accoglienza e creazioni di rete di quartieri in fase successiva – l’area culturale – con i corsi di alfabetizzazione per i migranti e corsi di formazione per i docenti – l’area economica – con la promozione di economie di solidarietà, attività di riuso e riciclo e di commercio solidale – e l’area di accompagnamento amministrativo, comprendente tutte le fasi di coordinamento e accompagnamento al riconoscimento, all’accoglienza e alla richiesta di asilo. Tra le attività si è scelto di approfondire quelle legate all’area culturale, con particolare attenzione ai corsi di alfabetizzazione e alle dinamiche specifiche legate alla didattica a distanza.

Si tenga conto che, come già sottolineato, i corsi di alfabetizzazione rientrano nell’intero percorso migratorio come tappa fondamentale sia biografica che procedurale. La sospensione delle attività, pertanto, rappresenta un ritardo pesante che si colloca poi nell’intero percorso, non solo nei processi legati alla costruzione di autonomia delle donne migranti. In generale, come scrive Caputo:

durante l’esperienza della didattica emergenziale si sono palesate in maniera evidente le disuguaglianze di accesso agli strumenti tecnologici e alla connessione internet, cosa che ha determinato un’accentuazione delle disparità economiche, sociali

e territoriali, discriminando, in misura molto maggiore rispetto a quanto possa accadere nel caso della didattica in presenza, sia rispetto alla qualità che alle possibilità di accesso all'istruzione. (Caputo, 2020, p. 50)

La didattica a distanza è, infatti, elemento caratterizzante le esperienze delle donne, e in un'ottica intersezionale, lo è ancor di più per le madri migranti ma anche studentesse migranti. La domanda di ricerca, ovvero ciò che si è scelto di approfondire, è legata all'esperienza delle donne frequentanti i corsi di alfabetizzazione, ritrovatesi quindi nella doppia veste di madri – con figli in età scolare e quindi legati alla dimensione della didattica a distanza – e di corsiste delle aule di apprendimento della lingua italiana. Ancora, la domanda che ha guidato questo approfondimento si rintraccia nel binomio distanza-partecipazione dapprima declinato come esplicativo della dimensione partecipativa nelle associazioni.

La prima riflessione emersa può essere ricondotta alla dimensione della paura, dettata dalla specifica situazione territoriale, e alla insicurezza legata al possibile contagio. La paura incardinata nelle attività quotidiane ha attraversato atteggiamenti e corpi durante tutta la fase del *lockdown*, ancor più per categorie vulnerabili con scarsi strumenti linguistici e culturali determinanti una differente percezione dell'accesso al diritto alla salute. La paura, quindi, come *frame* all'interno del quale gli stati d'animo si sono alternati tra la continuità con i propri percorsi, dettata dalle necessità dell'apprendimento linguistico, ma anche la sospensione delle pratiche burocratiche in corso legate ad esempio ai permessi e alla rottura delle relazioni di prossimità e condivisione di spazi. La paura del contagio, il ricollocamento fisico in uno spazio che è quello abitativo, mette ancora più in evidenza le fragilità delle esperienze oggetto di analisi, laddove la dimensione abitativa risulta certamente tra i punti di debolezza. La dinamica tra spazio sicuro e spazio non sicuro entra poi in conflitto a livello cognitivo, nelle esperienze delle migranti, soprattutto per le rifugiate e le richiedenti asilo. Come dimostrano le testimonianze delle operatrici nel settore, l'Italia, considerato paese "sicuro" in cui chiedere "protezione", diventa paese "a rischio", considerato "pericoloso". Tali affermazioni risultano importanti nella costruzione dell'immaginario collettivo sui paesi di accoglienza, con una riflessione profonda e contraddittoria che ruota intorno ai concetti quali sicurezza e salute. Nelle biografie considerate,

lo spazio sicuro coincidente con il paese di accoglienza diventa pericoloso, rafforzando confini tra dentro e fuori, tra spazio privato e spazio pubblico, quest'ultimo per molte donne, ancora in fase di elaborazione e costruzione. La paura del virus, di ammalarsi, di non poter accedere ai servizi legati alla salute, influiscono di certo nella percezione del proprio posizionamento, rafforzando tutti quegli aspetti integrati con tutte le altre dimensioni connesse al *lockdown*.

Racconta la coordinatrice del Centro Polifunzionale “Maddalena Romolotti” di Cosenza:

è cambiato tutto. C'è stata la paura delle mamme che non capivano cosa stesse succedendo. Erano nel panico più totale perché dicevano di essere andate via da un posto per trovare sicurezza e hanno trovato questo. Le donne siriane, per esempio, avevano la preoccupazione per i loro cari nelle loro terre³.

Ciò che accomuna le esperienze analizzate è quindi la percezione di sé stesse come soggetti vulnerabili, in un paese divenuto improvvisamente non sicuro. Nell'analisi della situazione bergamasca, nello specifico, essere in “zona rossa” ha di fatto coinciso con una sorta di stato a parte, in cui risiedere nella zona più colpita dal virus, ha rappresentato un blocco totale non solo reale ma anche simbolico. Una sospensione dovuta all'impossibilità assoluta di muoversi, in cui le immagini mediatiche di certo hanno contribuito alla costruzione di un immaginario attraversato da parole come morte, solitudine e tragedia.

Un caso particolare è offerto nel contesto cosentino, laddove ad un pur debole (rispetto a altre aree italiane) tasso di contagio e di decessi per Covid-19, è stato affiancato un processo di iniziale tendenza alla “razzizzazione” legata al contagio di alcuni membri della comunità senegalese, presente ormai da anni stabilmente in città. La scoperta del contagio di una minore, complice una narrazione mediatica dettata dal generale allarmismo, e dei conseguenti nuclei familiari, ha causato in alcuni casi un rafforzamento di dinamiche già presenti nell'opinione pubblica, legata ai migranti come “portatori del virus”. Si è assistito a una costruzione del discorso pubblico che ha visto intrecciarsi il discorso securitario sulle migrazioni con la sicurezza sanitaria.

³ Brano tratto da un'intervista condotta da Sabrina Garofalo ad Anna Marsico, coordinatrice Centro polifunzionale “Maddalena Romolotti”, Cosenza, 28 gennaio 2021.

Non di poco conto, poi, le dimostranze legate all'arrivo dei migranti via mare, proprio in quelle stesse settimane, sulle coste calabresi. La paura del contagio tende, in questo caso, a coincidere in parte con la paura dello straniero, dettando quindi le parole di una narrazione

Un secondo aspetto è quello legato all'organizzazione, che ha visto, come si diceva, un adeguamento alle pratiche di didattica a distanza per le donne frequentanti i corsi di alfabetizzazione.

Va specificato che in entrambi i casi qui citati, i corsi sono programmati in base alle diverse esigenze, per cui vi sono le donne frequentanti i corsi di prima alfabetizzazione, e un secondo livello con formazione specifica, di tipo professionale, ad esempio per operatrici socioassistenziali.

La coordinatrice della scuola d'italiano per stranieri della cooperativa Ruah di Bergamo descrive il quadro della situazione pandemica a partire dai mutamenti che negli ultimi anni hanno attraversato il fenomeno migratorio femminile, mutamenti che hanno determinato scelte nuove rispetto a strumenti e metodo.

Afferma la coordinatrice⁴:

le donne sono il 40%, abbiamo le donne completamente analfabete con diversa provenienza, in Italia da poco tempo [...] in generale sono molto legate alla cura della famiglia, e pertanto per venire a scuola hanno bisogno di una serie di supporti diversi e di organizzazione specifica, come il servizio di *baby-sitting* e l'orario coincidente con quello scolastico dei figli. Vi sono anche richieste relative alle esigenze di poter frequentare classi non miste, e spesso organizziamo corsi solo per donne.

Situazione simile si rintraccia a Cosenza, come si evince dalle parole della responsabile:

noi siamo un centro diurno e si presentano in struttura donne di diverse nazionalità prevalentemente nigeriane, marocchine e siriane. Il livello d'istruzione è quasi zero, la maggior parte di loro non ha mai studiato. Abbiamo trovato casi di donne nigeriane che non sapevano neanche utilizzare la penna. Abbiamo proposto di farle iscrivere a scuola ma i mariti ovviamente si rifiutavano perché doveva essere un luogo solamente di donne⁵.

⁴ Brano tratto dall'intervista condotta da Sabrina Garofalo a Elisabetta Eloisi, coordinatrice della scuola d'italiano per stranieri Cooperativa Ruah, Bergamo, settembre 2020.

⁵ Brano tratto dall'intervista condotta da Sabrina Garofalo a Anna Marsico, coordinatrice Centro polifunzionale "Maddalena Romolotti", Cosenza, 28 gennaio 2021.

Gli incontri vissuti in presenza rappresentano per le donne di prima alfabetizzazione uno dei passaggi fondamentali nei percorsi di costruzione delle soggettività, laddove l'apprendimento della lingua italiana diventa la chiave per attivare relazioni e nuove dinamiche. I corsi di alfabetizzazione e quindi l'apprendimento linguistico rappresentano un mezzo per il raggiungimento di autonomia. L'alfabetizzazione è quindi un percorso di consapevolezza di sé stesse e dell'ambiente che le circonda, di conoscenza rispetto ai nuovi contesti che si trovano a vivere in seguito alla partenza e alla stabilizzazione in un altro paese (Garofalo, 2012). Come diverse ricerche hanno messo in evidenza, i corsi di alfabetizzazione cambiano realmente la vita di queste donne sia all'interno della famiglia sia all'esterno: all'interno cambia il rapporto con i figli, s'instaura un dialogo del tutto diverso e, all'esterno, verso le istituzioni perché si comprendono richieste e diritti, ma soprattutto cambia la vita quotidiana, il fatto di poter uscire da sole, di collocarsi nello spazio leggendo le indicazioni stradali o i nomi delle strade. Come racconta la coordinatrice delle scuole d'italiano a Bergamo: "Con loro si lavora su più livelli, con molta attenzione, viviamo quello che abbiamo definito la "scuola salotto" come momento di socializzazione"⁶.

Nella fase di chiusura i soggetti che hanno maggiormente risentito della situazione sono state le donne di prima alfabetizzazione le quali hanno dovuto gestire situazioni familiari caratterizzate dalla presenza dei figli in casa con una situazione aggravata dal disagio economico. Racconta un'operatrice a Cosenza:

quando è scattato il *lockdown* noi operatrici abbiamo cercato di fare un gruppo su WhatsApp nel quale però hanno partecipato prevalentemente le signore siriane e marocchine che sono più scolarizzate. Abbiamo cercato di riprendere il corso di lingua italiana, le basi però man mano si vedeva che loro non erano propense a essere coinvolte perché come unico strumento, soprattutto per le persone che hanno i bambini piccoli, avevano solamente il telefonino e dovevano far collegare i bambini per la scuola. Il corso d'italiano è andato a scemare ma è rimasto il segretariato sociale⁷.

⁶ Brano tratto dall'intervista condotta da Sabrina Garofalo a Elisabetta Eloisi, coordinatrice della scuola d'italiano per stranieri Cooperativa Ruah, Bergamo.

⁷ Brano tratto dall'intervista condotta da Sabrina Garofalo ad Anna Marsico, coordinatrice Centro polifunzionale "Maddalena Romolotti", Cosenza, gennaio 2021.

Un segretariato sociale che oltre all'accompagnamento burocratico – pratiche da portare avanti, “bollettini da compilare” – si colloca anche nella dimensione dei diritti primari:

se loro hanno qualsiasi necessità di compilazione dei bollettini, il rinnovo del permesso, esigenze soprattutto alimentare, vestiti e scarpe ancora ora.

Loro vivono nelle case disagiate, ci chiedono sostegno in questo senso. Come base di lingua non riescono. Abbiamo procurato delle fotocopie ma se gliele dai tu è bene altrimenti non sanno neanche dove farle. Le loro energie sono molto più utilizzate per la ricerca del lavoro. Non si riesce ad andare oltre per quello. Le mamme ci richiedono di fare il corso d'italiano però c'è sempre lo stesso problema dell'unico dispositivo e molti hanno rifiutato anche il tablet perché era in comodato d'uso. Avendo i bambini in casa se si fosse rotto non avrebbero saputo come ripararlo. Abbiamo anche studenti universitari da soli. Ci hanno chiamato delle studentesse universitarie alle quali non hanno dato l'alloggio. Stiamo andando tanto sull'emergenza⁸.

A ciò risuonano le parole della referente di Bergamo:

ciò che è accaduto è l'emersione di tante situazioni di povertà dettate dalla perdita di lavoro, in un processo temporale molto ridotto. Un disagio e una fragilità economica raggiunta in tempi brevissimi⁹.

L'accelerazione del disagio, se così si può definire, ha lasciato imparate tante donne che hanno di fatto sacrificato i propri percorsi di autonomia per valorizzare le relazioni di cura all'interno delle mura domestiche. In tal senso, i corsi di alfabetizzazione sono diventati un momento di accompagnamento alla vita quotidiana e, sempre secondo la coordinatrice, soprattutto di accompagnamento amministrativo e burocratico. Non è stato facile fare i conti anche con l'analfabetismo tecnologico. Abbiamo tutti dato per scontato l'utilizzo dello *smartphone*, senza pensare che per queste donne si tratta di un uso legato alla telefonia¹⁰.

Per queste donne, quindi, vi è stato un allontanamento rispetto al proprio percorso formativo cedendo il passo all'esigenze legate alla didattica a distanza per i propri figli. In base a questa esperienza,

⁸ Brano tratto dall'intervista condotta da Sabrina Garofalo a Anna Marsico, coordinatrice Centro polifunzionale “Maddalena Romolotti”, Cosenza, 28 gennaio 2021.

⁹ Brano tratto dall'intervista condotta da Sabrina Garofalo a Elisabetta Eloisi, coordinatrice della scuola d'italiano per stranieri Cooperativa Ruah, Bergamo.

¹⁰ *Ibidem*.

quindi, per le donne con basso livello di conoscenza della lingua, riconducibili alla categoria delle donne legate alla dimensione tradizionale e familiare, la situazione pandemica ha creato un rallentamento del proprio percorso personale. Al momento non è possibile codificare il tipo di percorso che le donne individueranno come proprio nei prossimi mesi, in quanto rimangono diverse le variabili da considerare, non da ultime quelle legate alla salute mentale messa a dura prova dall'isolamento ancor più per donne sole in un paese di accoglienza. Oltre a questo, vanno valutate poi le situazioni di violenza di prossimità che – come evidenziano le ricerche sul tema- presentano un quadro articolato e sommerso che necessita di un ulteriore approfondimento.

Frammentazione dei percorsi di vita delle donne quindi, che si coniuga a situazioni di forte disagio e che determinano anche un cambio nelle relazioni associative e di aiuto e nella percezione delle stesse donne:

la preoccupazione era quella di non sapere quando sarebbe finita, non potersi più rivedere perché noi le aiutavamo tantissimo perché da noi c'erano donne soprattutto con bambini molto piccoli e la mamma per prendersi un po' di tempo per sé ci lasciava i bambini e questo le ha sconvolte. Chiedono sempre quando riapriamo, quando possiamo vederci fuori ed è difficile anche incontrarsi. È cambiato radicalmente perché c'è anche l'impossibilità di aiutarle concretamente con un lavoro su di loro. Per quanto si può fare il pacco alimentare sembra una cosa di assistenzialismo, si è ritornato al modello vecchio. Anche con le ragazze universitarie si riesce fino ad un certo punto. È bruttissimo. Loro ti cercano, ti chiamano, hanno bisogno di parlare. C'erano momenti forti di coinvolgimento anche tra di loro. Non c'è più. Per quanto si possano fare i colloqui ci sono sempre i bambini, i mariti accanto. Avevamo casi veramente difficili: una ragazza ora vive in una casa protetta perché ha subito delle violenze allucinanti. Sembra che tutto quello che è stato fatto si sia perduto¹¹.

Come si può facilmente dedurre da questo stralcio d'intervista, ciò che è accaduto nella prima fase della crisi pandemica è una tensione complessa anche delle operatrici, impegnate nella risoluzione di bisogni differenti rispetto a quelli "ordinari". L'interruzione dell'ordinario ha messo in evidenza, in maniera del tutto improvvisa, l'importanza che per queste donne hanno le associazioni e i centri, con particolare

¹¹ Brano tratto dall'intervista condotta da Sabrina Garofalo ad Anna Marsico, coordinatrice Centro polifunzionale "Maddalena Romolotti", Cosenza, 28 gennaio 2021.

riferimento anche alla dimensione spaziale legata agli aspetti socializzanti e legati direttamente alla propria autodeterminazione.

4. Tessere relazioni e spazi virtuali

All'interno di tale situazione è possibile rintracciare le diverse reazioni e strategie innovative elaborate proprio al fine di non rompere i legami – personali e collettivi – creati dalle e con le donne migranti. L'utilizzo di chat e videochiamate, che costituiscono parte integrante nelle vite di molte donne, consentendo un continuo collegamento e scambio con le famiglie rimaste nei contesti di partenza, ha in questo caso rafforzato la dimensione del gruppo, contribuendo a facilitare la partecipazione anche per coloro con difficoltà di spostamento, come le donne impegnate nel lavoro di cura. Secondo recenti studi poi, le associazioni in questa fase hanno avuto un ruolo centrale nella dimensione comunicativa e informativa, fornendo ad esempio le traduzioni d'indicazioni operative, linee guida e regolamenti legati alla pandemia. Si mette in risalto, inoltre, che molti attori nel terzo settore hanno impiegato le proprie attività nella produzione di strumenti informativi e anche di dispositivi di prevenzione individuale, come ad esempio la produzione di mascherine. Scrivono Valentina Fedele e Anna Elia:

queste pratiche comunicativamente sono state usate come strategia contro-narrativa delle retoriche volte a usare la pandemia come ulteriore occasione di esclusione dei migranti in generale e dei rifugiati in particolare, a “dimostrazione” della loro partecipazione all'impegno nazionale contro il virus e nell'ottica di una ripresa nazionale. Da questo punto di vista da parte delle associazioni l'insistenza su alcuni profili di “collaborazione” si configura come un tentativo d'inscrivere i rifugiati all'interno del discorso che spesso sostiene le iniziative governative legate al Covid-19 della descrizione di un progetto collettivo di rinascita. Si tratta, in questo senso, di cercare di promuovere una narrazione che contrasti la rinnovata pratica discorsiva, mediatica e politica, di esclusione, che, di volta in volta utilizza eventi drammatici nazionali e globali per costruire il diverso, l'estraneo, sempre migrante, una volta terroristica, oggi “untore” (Elia e Fedele, 2020, p. 163).

Tale riflessione può essere ricondotta al ruolo politico svolto dalle associazioni, allorquando si propone una diversa modalità di narrazione nella sfera pubblica, decostruendo pratiche discorsive basate su forme di potere escludente che fomenta visioni distorte del dato reale.

Questi spazi sono stati creati per avere una piattaforma comune all'interno della quale dare continuità agli "esercizi" di apprendimento linguistico, una specifica forma di didattica a distanza. Ma, con il procedere del tempo, con l'impossibilità strutturale di accedere in maniera stabile ai dispositivi connessi, questi gruppi WhatsApp sono diventati un luogo di costruzione di relazioni orizzontali, creando legami del tutto nuovi tra le donne stesse e con gli operatori.

Il gruppo WhatsApp è divenuto un nuovo spazio narrativo, complesso per tempi e dinamiche, ma che è divenuto uno spazio altro in cui poter rappresentare e rendere condiviso, anche parti di una quotidianità. Ciò che è accaduto, è che mentre prima le associazioni erano vissute come uno spazio proprio, percepito dalle donne come spazio per sé, con la traduzione nello spazio virtuale tale spazio è stato contaminato dagli altri ambiti, comunitari e familiari. È stato così possibile – soprattutto attraverso la condivisione di video e foto, ma anche attraverso la sovrapposizione semantica degli *emoticon* universalmente riconosciuti – raccontare una parte della propria quotidianità, di privato che in questo modo è diventato condiviso con le altre componenti del gruppo. Leggendo i testi delle chat, è possibile infatti rintracciare frasi legate alla sfera relazionale e affettiva ("mi mancate", "vorrei stare con voi") e frasi d'incoraggiamento e sostegno reciproco ("Ramadam Kareem. Con bontà e pace supereremo questa disgrazia", "Ce la faremo, andrà tutto bene")¹². Ancor più che i testi, sono i messaggi vocali e le fotografie però a fornire uno spaccato narrativo interessante:

con le foto, come raccontano le operatrici, abbiamo visto le loro case, abbiamo conosciuto i loro figli. Prima non era stato possibile, perché il tempo trascorso in associazione coincideva con il tempo a scuola dei bambini.

Il gruppo virtuale diventa la possibilità reale di conoscere meglio la situazione delle donne e di valorizzare e conoscere aspetti del tutto poco conosciuti. Negli audio poi, emerge una narrazione del sé legata alle dimensioni della gestione ordinaria di tempi e spazi, che ha avvicinato le donne, annullando la distanza-sociale, fisica-imposta.

Il 23 aprile è nato questo gruppo (...). Il fatto di raccontare i cambiamenti di un figlio è bello perché è come se lo dicessi ad un'amica, un familiare, loro si sentono

¹² Frasi tratte dal gruppo WhatsApp dedicato, periodo marzo-maggio 2020.

meno sole. Il rapporto si è rafforzato molto rispetto a prima. Con cinque mamme in particolare c'è un rapporto diverso, io ho la confidenza di accettare alcune richieste. Mi sono resa conto che c'è una mamma che parla solo arabo che è molto avanti e ha aiutato tutta la comunità e lei mi segnala le persone quando non riesce ad aiutarle. (...) In presenza cerchi di non superare quel limite professionale ma alla fine ti rendi conto che siamo persone e l'unica cosa che poteva unirci era la presenza. Ora ci chiamiamo sorella... questo è un segno del loro coinvolgimento¹³.

Diverse donne, infatti, impegnate ad esempio nel lavoro di cura, hanno avuto attraverso la didattica a distanza la possibilità di partecipare maggiormente ai momenti formativi, coordinando tempi e spazi in maniera differente, ma anche di ridurre le distanze e creare nuovi tipi di relazioni. Racconta la referente della cooperativa Ruah:

la scuola è diventata una narrazione al femminile. Si sono ridotte le distanze tra insegnante e studentesse, e tra le stesse donne. Si è scelto di mettere da parte la grammatica, le unità didattiche, per valorizzare quello che stava nascendo: il racconto delle storie di migrazioni e delle loro vite. Il valore aggiunto è il riavvicinamento delle persone e la narrazione individuale e collettiva¹⁴.

In entrambi i casi, pur nelle grandi differenze contestuali, quello che accomuna le diverse esperienze è la creazione di spazi narrativi complessi che legano la dimensione soggettiva a quella collettiva in nuove forme. La didattica a distanza con la creazione di luoghi preposti allo scambio delle informazioni e della continuità didattica ha permesso di elaborare forme narrative e discorsive che hanno avuto il fulcro centrale in una riappropriazione del proprio spazio privato-abitativo come punto di partenza per raccontare una parte della propria esistenza in condivisione alle altre donne.

5. Riflessioni conclusive

La narrazione per le donne migranti diventa, anche in questo caso, un processo per cui nel raccontare si prende parte a un processo di

¹³ Brano tratto dall'intervista condotta da Sabrina Garofalo ad Anna Marsico, coordinatrice Centro polifunzionale "Maddalena Romolotti", Cosenza, gennaio 2021.

¹⁴ Brano tratto dall'intervista condotta da Sabrina Garofalo a Elisabetta Eloisi, coordinatrice della scuola d'italiano per stranieri Cooperativa Ruah, Bergamo.

creazione e mantenimento del nostro e dell'altrui senso del sé. La narrazione di queste donne diventa ponte tra la dimensione personale e quella pubblica, e come afferma Paolo Jedlowski, è lo strumento che conferisce continuità all'esperienza del noi: «Limitati nello spazio e nel tempo, opachi a noi stessi, ci affidiamo ai racconti per trascendere i confini della nostra realtà e per elaborare la nostra esperienza, per riconoscerci e farci riconoscere» (Jedlowski, 2009, p. 3). Raccontare le storie quotidiane delle donne accompagna in una «dimensione più politica e processuale delle migrazioni femminili contemporanee, cogliendo lo sguardo di chi vive il luogo dell'arrivo come una opportunità e insieme una perdita di potere sulla propria vita» (Pinelli, 2011, p. 11). In una situazione d'invisibilità e isolamento si condividono situazioni di estremo disagio e fragilità che, come dimostrato in diverse analisi e nel caso esposto, agevolano percorsi di solidarietà e di riconoscimento dei propri vissuti che passa attraverso la narrazione. Le esperienze d'incontro con le donne migranti permettono di ragionare in termini di comunità rimettendo al centro i legami sociali a partire dalla dimensione centrale della dignità politica, costituzionale. Inoltre, questo specifico tipo di narrazione permette alle donne migranti di collocarsi non solo nel proprio percorso migratorio, ma anche in una retorica collettiva pandemica: «si tramanda la conoscenza razionale ed emotiva insieme, si trasferisce la propria storia, e chi ascolta sa da dove continuare e ritrova il senso della sua» (Camarota, 2005, p. 10). La condivisione di uno spazio virtuale ha permesso a queste donne di esser parte dei processi d'apprendimento che sono diventati di accompagnamento e di relazioni, nonché di socializzazione e di riduzione delle differenze. La narrazione, e l'auto-narrazione come esercizio portato avanti da docenti e studentesse, è stato lo strumento per rimodulare la stessa idea di partecipazione, costruendo nuove forme di contro-narrazione non solo del fenomeno migratorio ma anche della crisi pandemica stessa.

In tal senso risuonano le parole di Fatema Mernissi, che nel richiamare le storie delle donne tessitrici di tappeti, rintraccia un legame profondo tra la tessitura e la valorizzazione di spazi narrativi nel web:

ora, la tessitura dei tappeti ed il ricamo sono di fatto delle vere e proprie scritture che, per comunicare dei messaggi, utilizzano come alfabeto i simboli. Da qui la mia ipotesi (...) secondo la quale ci sarebbe un nesso tra la tradizione di tessere delle mamme e la destrezza a comunicare sul web dei figli (Mernissi, 2004, p.68).

Una narrazione che ritroviamo nei gruppi WhatsApp: un uso specifico di immagini, foto, parole e simboli che contribuiscono all'elaborazione di uno spazio altro, mediato, ma che permette di auto-narrarsi e di creare nuovi legami.

Riferimenti bibliografici

- Cammarota A. (2005), *Femminismi da raccontare. Un percorso attraverso le lotte e le speranze delle donne di ieri e di oggi*, FrancoAngeli, Milano.
- Caputo P. (2020), *Didattica a distanza o distanza della didattica? I processi educativi al tempo del Covid-19*, in Cersosimo M., Cimatti F., Raniolo F., a cura di, *Studiare la pandemia. Disuguaglianze e resilienza ai tempi del Covid-19*, Donzelli, Roma.
- Caritas Migrantes (2019), *Dossier Statistico Immigrazione 2018*, Roma, Idos.
- Crenshaw K. (1989), *Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics*, in University of Chicago Legal Forum., n. 139, pp. 139-167.
- D'Amico M. (2020), "I diritti fondamentali alla prova dell'emergenza sanitaria da Coronavirus: profili costituzionali", *BioLaw Journal- Rivista di BioDiritto*, 3: 31-52.
- Elia A., Fedele V. (2020), *L'accoglienza ai rifugiati nell'emergenza sanitaria del Covid-19. Tra resilienza e rieducazione al distanziamento sociale*, in Cersosimo M., Cimatti F., Raniolo F., *Studiare la pandemia. Disuguaglianze e resilienza ai tempi del Covid-19.*, Donzelli, Roma.
- Garofalo S. (2012), *Messaggi nella bottiglia. Percorsi delle donne migranti nel Mediterraneo*, Aracne, Roma.
- Garofalo S. (2015), *Noi Migrante. Una ricerca sulla partecipazione alle associazioni per le donne migranti*, Aracne, Roma.
- Gatugu, J., Manço, A., eds (2004), *La Vie Associative des Migrants: quelles (re) Connaissances? Réponse Européennes et Canadiennes*, Pais, L'Harmattan.
- Gobo G. (2005), *Ricerca Qualitativa in Sociologia*, in Dovigo F., *La qualità plurale. Sguardi transdisciplinari sulla ricerca qualitativa*, FrancoAngeli, Milano.
- Honneth, A. (2002), *Lotta per il Riconoscimento*, Il Saggiatore, Milano.
- Jedlowski P. (2009), *Il racconto come dimora*, Bollati Boringhieri, Milano.
- Mernissi F. (2004), *Karawan. Dal deserto al web*, Giunti, Milano.
- Pezzini B. (2020), "Esterno e interno nella pandemia: persistenza e risignificazione degli spazi pubblici e domestici dal punto di vista di genere in tempo di lockdown", *BioLaw Journal Rivista di BioDiritto*, 3: 9-29.
- Pinelli B. (2011), *Donne come le altre*, Editpress, Firenze.
- Vingelli G. (2013), *Genere e migrazioni*, in Elia A., Fantozzi P., a cura di, *Tra locale e globale*, Rubettino, Soveria Mannelli.

Sitografia

<https://epale.ec.europa.eu/it/blog/dire-agli-studenti-che-la-scuola-ce-e-gli-insegnanti-li-pensano-la-scuola-di-italiano-di-ruah>

<http://www.cooperativaruah.it/>

<https://cooplaterra.org/index.html>

5. Diseguaglianze e salute riproduttiva globale. Una prospettiva di genere

di Milena Meo

1. Introduzione

La salute riproduttiva è stata annoverata tra i diritti umani sin dalla Conferenza internazionale di Teheran (1968). Circa dieci anni dopo (1979), nell'ambito della Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione, gli Stati firmatari s'impegnavano a eliminare ogni disparità di genere anche nel campo dell'assistenza sanitaria di cui la tutela riproduttiva è riconosciuta come parte fondamentale. Già in questa sede veniva sancito il diritto degli uomini e delle donne di decidere liberamente se e quando procreare, diritto riaffermato ancora qualche tempo dopo nell'ambito della dichiarazione di Vienna del 1993. Ma la specifica definizione di salute riproduttiva (*reproductive health*) sarà per la prima volta ufficializzata solo nel 1994, durante la Conferenza sulla popolazione e lo sviluppo del Cairo. È qui che la questione riproduttiva uscirà definitivamente dalla sfera del privato e, legittimandosi una volta per tutte come parte del concetto di salute più generale di cui ne assume la complessità, diventa d'interesse pubblico. Secondo l'Oms, si tratta di uno «stato di benessere fisico, mentale e sociale, correlato al sistema riproduttivo e alle sue funzioni. Implica che le donne e gli uomini devono essere in grado di condurre una vita sessuale responsabile, soddisfacente e sicura; che devono avere la capacità di riprodursi e la libertà di decidere se, quando e quanto possono farlo».

Tre i nodi principali: per prima cosa anche il concetto di salute riproduttiva, così come quello di salute generale, rimanda non solo all'assenza di malattia ma anche ad un benessere psicofisico che risente

enormemente di una dimensione sociale che non può essere ignorata. In secondo luogo riguarda sia le donne che gli uomini e, se per entrambi si rivendica la possibilità di poter vivere la propria vita sessuale e riproduttiva responsabilmente e in piena autonomia e libertà, quello che diventa centrale è che questo, per la prima volta, viene affermato come diritto. In ultimo, maternità e paternità non rispondono più a un destino biologico o a un obbligo civile e sociale ma diventano, appunto, veri e propri diritti da poter rivendicare. Tutti questi punti verranno ancora una volta ribaditi nel 1995 durante la IV Conferenza mondiale delle donne di Pechino in cui la salute riproduttiva femminile viene indicata come un pilastro dei diritti universali. Ma nonostante la messa a fuoco di obiettivi generali validi universalmente, le diseguaglianze riferite alla salute riproduttiva globale sembrano aumentare piuttosto che ridursi. I legami complessi tra lo stato di salute e le condizioni economiche e sociali, l'ambiente e gli stili di vita, sono stati evidenziati da moltissimi studi, a partire dalle dichiarazioni contenute nella Carta di Ottawa (1986). Diseguaglianze sostanziali sono presenti tra paesi e anche all'interno dei paesi, tanto da poter affermare che l'accessibilità ai diritti sanitari possa essere utilizzata come parametro per valutare, in senso più generale, lo stato di salute delle democrazie. Osservando da questo punto di vista le realtà sociali il quadro che emerge è piuttosto variegato e iniquo.

Le stime mondiali per l'anno 2017 (Oms) indicano che il tasso di mortalità materna è diminuito del 35% rispetto al 2000. La proporzione globale dei decessi tra le donne in età fertile (15-49 anni) che sono decedute per cause legate al parto è stata stimata al 9,2% nel 2017, diminuendo del 26,3% del 2000. In rapporto alle altre cause di decessi tra le donne in età feconda la percentuale si è notevolmente abbassata. Ma se questo è il quadro globale, andando a localizzare i dati lo scenario che appare è estremamente disomogeneo. Il tasso di mortalità diminuisce solo nei paesi del nord del mondo. In quelli che il rapporto dell'Oms definisce Paesi meno avanzati (Pma) la mortalità femminile per cause legate alla riproduzione sale a 415 decessi per ogni 100.000 nati vivi, più di 40 volte superiore al tasso di mortalità europeo e 60 volte superiore a quello di paesi come l'Australia e la Nuova Zelanda: da questa parte del mondo il rischio di morte ha un rapporto di 1 a 56. Africa subsahariana e Asia del sud rappresentano circa l'86% dei decessi materni globali, con in testa la Nigeria e

l'India. In Africa il tasso di mortalità è addirittura aumentato dal 2000 a oggi e il rapporto di rischio è stimato 1:37 contro 1:7800 ancora dell'Australia e della Nuova Zelanda¹.

I dati del nord del mondo sono profondamente diversi. Di parto e di aborto si muore di meno ma, d'altra parte, si generano meno figli.

In Italia ad esempio, secondo i più recenti dati Istat (2017), il quadro della fertilità riporta che le donne in età feconda sono 12,8 milioni (- 7% rispetto al 2008); diminuisce il numero medio di figli per donna (1,32 vs 1,45 del 2008), si innalza l'età media al primo figlio (31,1 vs 30,1). Il 22% di donne nate nel 1977, quindi in età non più fertile, non ha avuto figli, contro l'11% delle nate nel 1950. I figli nati da genitori non coniugati aumentano del 25%.

Secondo “l'indagine sulla popolazione adulta”, condotta nell'ambito del Progetto “Studio nazionale fertilità” coordinato dall'Iss (2018), chi non vuole figli lo fa nel 44% dei casi per motivazioni legate alla sfera economica e lavorativa: paura di perdere il lavoro o di non riuscire a sostenere la prole, mancanza di servizi di supporto e di aiuti informali anche da parte di reti parentali. Solo il 17% dichiara di avere problemi di fertilità per motivi di salute nella coppia, per problemi legati all'età o perché coppia omosessuale.

In questo solco s'inseriscono le tecnologie riproduttive, che promettono di curare l'infertilità e aiutare le coppie a realizzare il loro sogno più grande². Le Tecniche per la Riproduzione Artificiale (Tra)³,

¹ Cfr. *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization, 2019. Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO.

² “Realizziamo insieme il tuo sogno. Non perdiamo tempo, noi ti stiamo aspettando” è ad esempio tra gli slogan di una delle cliniche leader della fecondazione assistita, *BioTexCom. Centre of human reproduction*. Cfr. <https://www.biotexcomitalia.it>.

³ La definizione Procreazione Medica Assistita (Pma) è entrata a far parte dell'uso linguistico comune e la ritroviamo in tutti i documenti ufficiali in cui si tratta il tema della salute riproduttiva. Qui si è preferito parlare di Tecniche di Riproduzione Artificiale per sottolineare la natura del fenomeno ed in particolare porre l'attenzione sull'artificialità del processo e non sul suo portato assistenziale, che potrebbe rimandare all'idea della difesa di categorie sociali deboli e da curare escludendo una parte della realtà che invece, in molti paesi, ne può legittimamente fare uso (pensiamo per esempio alle coppie gay che utilizzano i servizi Tra). La scelta di parlare di riproduzione anziché di procreazione fa capo alla necessità di riferire di una manipolazione dell'apparato riproduttivo fuori dal corpo e dalle mediazioni. Per questo dibattito si

secondo l'Iss, aiutano le coppie nel caso in cui il concepimento spontaneo risulti impossibile e quando altri interventi farmacologici o chirurgici non sono riusciti a rimuoverne gli ostacoli.

Le Tra comprendono diversi tipi d'interventi e comportano la manipolazione di ovociti, spermatozoi o embrioni, nell'ambito di un trattamento finalizzato a realizzare una gravidanza. Queste metodiche sono rappresentate da diverse opzioni terapeutiche divise in tecniche minori (Ici, Iui, Ipi) più semplici da realizzare e maggiori (Fivet, Gift, Icsi, ecc.) più articolate perché necessitano la manipolazione di gameti fuori dal corpo (Pizzini, 2009). Si tratta d'interventi complessi che difficilmente vanno a buon fine. Il Ministero della Salute scrive sul suo sito: «Oggi, quindi, le tecniche di Pma offrono la possibilità di procreazione anche a chi, solo qualche tempo fa, pensava di non poter avere figli ma le percentuali di successo, dopo i 40 anni, sono comunque molto limitate»⁴. Ma «la crescente popolarità nel mondo delle tecniche di procreazione medicalmente assistita (Pma) ha determinato un'errata percezione del potenziale di fertilità femminile, dando l'impressione che questa può essere, dopo tutto, programmata con precisione e successo in base alle esigenze delle singole donne o delle coppie»⁵. Infatti l'aumento dell'infertilità tra le popolazioni nord-atlantiche ha reso il ricorso alle tecnologie riproduttive una questione normale e non più eccezionale, combinata con una non appropriata informazione sui livelli di rischio e enfatizzata dai messaggi di marketing propagandistico di un mercato che cavalca desideri di maternità e amplificata da una comunicazione giornalistica sensazionalistica sempre più martellante (Corradi, 2019, p. 13). Questa illusione di onnipotenza creativa genera un portato di complessità difficilmente riducibile e rende le Tra un campo aperto di conflitti che attraversano differenti appartenenze politiche, religiose, di genere, ecc. Il dibattito è serrato e non è questa la sede per ricostruirlo ma, se ne è la prova la fioritura di testi scientifici che trattano la questione da punti di vista differenti

rimanda a Lombardi L., *Contesto medico e contesto sociale delle Tecniche di Riproduzione Artificiale*, in Pizzini F., 2009, p. 84 e ss.

⁴ <http://www.salute.gov.it/portale/fertility/dettaglioContenutiFertility.jsp?lingua=italiano&id=4570&area=fertilita&menu=medicina#:~:text=La%20crescente%20popolarit%C3%A0%20nel%20mondo,singole%20donne%20o%20delle%20coppie> (ultimo accesso il 20 febbraio 2021).

⁵ *Ibidem*.

anche in dialogo tra loro, sembra però mancare ancora di studi condotti in maniera interdisciplinare (Corradi, 2019, p. 7). Il portato del tema investe infatti non solo diversi sistemi sociali (e di pensiero), dalla medicina alla bioetica, dalle tecnoscienze all'economia, ma anche diversi livelli del sociale. Non è possibile comprenderlo guardandolo solo dall'alto. Se da una parte infatti è necessaria una lettura macro dei fenomeni che esso attiva, dall'altra è impossibile comprenderli fino in fondo senza prestare attenzione alle sue ricadute nella vita di ogni giorno delle persone, delle donne in primis, che ne sono le protagoniste dirette o indirette e sui quali corpi si gioca tutta la questione.

In questo scenario complesso e variegato, come si intrecciano le questioni legate alla salute riproduttiva femminile e alle sue disegualianze con le tecnologie riproduttive e della fertilità? e che implicazioni hanno sulla salute riproduttiva globale?

Le riflessioni femministe sin dall'origine hanno messo al centro del loro pensiero il corpo: partendo da qui e grazie a questo inedito punto di vista sono riuscite a portare alla luce dinamiche politiche di costruzione e decostruzione delle soggettività, a svelare meccanismi di produzione di un certo tipo di ordine sociale, a denunciare iniquità ed esclusioni (Meo e Cammarota, 2014). Per questo, credo, abbracciare la questione della salute riproduttiva in un'ottica di genere può aggiungere valore alla discussione aiutando a mettere al centro dei discorsi in maniera prioritaria i soggetti dell'esperienza con i loro corpi sessuati, riconosciuti nel loro posizionamento e nella loro relazionalità. Riuscendo, in più, a porre l'accento sia sulle disegualianze tra donne (di classe, etnia, ecc., già evidenziate grazie all'approccio olistico proposto dal concetto di salute globale) che sulle nuove configurazioni emergenti che sembrano, alla fine, riprodurre – insieme a bambini – le solite vecchie asimmetrie di potere giocate, ancora una volta e come sempre, attraverso la regolamentazione e il disciplinamento di corpi femminili (Meo, 2014 a).

2. Corpi al lavoro

La sociologia si caratterizza, alla sua nascita, per un occultamento dei corpi a favore di un'analisi delle azioni sociali. Il corpo che produce scompare nella produzione, il corpo di chi si uccide svanisce nel

suicidio, il corpo che genera la vita sparisce nella riproduzione (Meo, 2012). E, a sua volta, quest'ultima – tranne alcune eccezioni (ad es. Mauss, 2000) – viene sottratta all'analisi dei fenomeni sociali e inclusa al contrario nella sfera dei fenomeni naturali. Saranno le donne e le loro elaborazioni di genere che riporteranno i corpi alla luce rendendoli una delle principali categorie per l'analisi politica (Meo e Cammarota, 2014). Il campo della riproduzione in questo senso diventa paradigmatico per comprendere una serie di antinomie che intorno ad esso si sviluppano e che, oggi, prendono forma, in particolar modo, intorno ai diritti riproduttivi e della sessualità (Ongaro 2001).

Quando nei primi anni Sessanta venne messa in commercio la pillola contraccettiva le polemiche che la accompagnarono furono accessissime. Se negli Stati Uniti la vendita iniziò a partire dal maggio del sessanta, in Italia bisognerà aspettare i primi anni Settanta per acquistarla liberamente, quando cioè la Corte costituzionale procederà all'abolizione di quella parte di Codice penale che considera “reati contro la stirpe” la contraccezione e l'aborto rendendoli, di conseguenza, passibili di reclusione. Si tratta di una grande novità perché se le tecniche di contraccezione sono sempre esistite, la pillola, per dirlo con le parole di Barbara Duden (2006), impartisce al corpo un ordine chimico, modificandolo. Il suo successo dipenderà dall'intreccio di più fattori: le ideologie biopolitiche tese a esercitare controllo delle vite (Foucault, 1978), le esigenze del mercato (volte a disporre più possibile di una forza lavoro che va via via femminilizzandosi) e i bisogni delle donne, elaborati a partire dai gruppi di autocoscienza femminili, che vedono nella possibilità di controllare la fecondazione una liberazione da un certo tipo di modello sociale e familiare, percepito come fonte principale di oppressione, a partire proprio dalla possibilità di emancipazione dalle ripetute e incontrollabili gravidanze non sempre desiderate (Meo, 2012). Si avvia a partire da qui un processo di scomposizione tra sessualità e riproduzione. Ma se la pillola contraccettiva ha permesso che un uomo e a una donna si unissero senza procreare, le tecniche di riproduzione assistita daranno la possibilità di generare senza unirsi.

La prima gravidanza prodotta dal seme maschile congelato avviene negli Stati Uniti nel 1953. Si stima che sette anni dopo fossero stati prodotti da questa stessa tecnica da 5.000 a 7.000 bambini negli Stati Uniti e 1000 in Germania (Pizzini, 2009). Da allora la ricerca procederà a passo sostenuto.

I mercati della riproduzione assistita rappresentano oggi in tutto il mondo un campo in accelerata ed esponenziale espansione. Solo in Italia, secondo i dati ufficiali più recenti⁶, sono attivi 366 centri che si occupano di Tra, di cui 114 pubblici, 21 privati convenzionati, 231 privati (162 di I livello e 204 di II e III livello). Nel 2017 sono state trattate 78.366 coppie, sono stati avviati 97.888 cicli (90.374 senza donazione di gameti + 7.514 con donazione di gameti), di cui 36.804 nei centri pubblici, 23.683 nei privati convenzionati, 37.401 nei privati. A fronte di un numero così imponente, i nati vivi sono stati 13.973 (12.236 senza donazione di gameti + 1.737 con donazione di gameti). Si tratta del 3,0% del totale bambini nati nel 2017 (458.151 nati vivi, Fonte: Istat). Il trend è in continua crescita: nel 2008 sono stati effettuati 736 cicli per milione di abitanti, distribuiti su base regionale in modo eterogeneo, per lo più localizzati al nord del paese. L'accessibilità alle tecniche risulta comunque decisamente più bassa se commisurata a quella relativa ad altri paesi europei, così come sottolineato dal Ministero della Salute. Dunque anche in Italia il mercato è in espansione ma, anche qui, la ricerca sulle cause patologiche, psicologiche, ambientali e sociali dei fenomeni della sterilità e della infertilità, in un'ottica di tutela della salute riproduttiva globale, è sempre più ridotta progressivamente nel tempo così come i fondi stanziati per sostenerla (Ministero della Salute, 2019).

Interrogare questo mercato attraverso una prospettiva di genere fa emergere uno spaccato che, se per certi versi può essere assimilato a quello relativo all'economia dell'innovazione bio-medica, porta in più delle specificità interessanti da osservare. Gli studi di Melinda Cooper e Catherine Waldby sulle Tra (2015), in questo senso ci aiutano a porre l'attenzione sullo statuto e sulle caratteristiche delle nuove manodopere necessarie a quello che hanno definito "biolavoro". Questi corpi messi all'opera vanno ad inserirsi in un mercato globale che riguarda attività generalmente connesse con la sfera familiare e parentale, difficilmente monetizzabili. Ma, come già era accaduto con le attività

⁶ Ministero della Salute, Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15) Roma, 26 giugno 2019. Consultabile su https://www.iss.it/documents/20126/1010714/C_17_pubblicazioni_2866_allegato.pdf/a6f7633a-fba4-2c32-fd1f-1728c4ceee24?t=1576436395196.

domestiche e di cura tradizionalmente svolte dalle casalinghe e poi sostituite da un comparto di servizi specializzati in attività differenziate e distinte – cura, pulizia della casa, ecc. – anche il processo biologico della riproduzione in qualche modo si “taylorizza”, esce dalla dimensione più privata e, frammentandosi in tanti piccoli segmenti, rende possibile la loro commercializzazione e la loro messa a disposizione di persone terze, non fertili. «Oggi è possibile esternalizzare singoli momenti e funzioni del processo riproduttivo a terzi contraenti indipendenti oltre i confini della famiglia e della nazione, senza compromettere il soggetto giuridico rappresentato della famiglia post-fordista» (Cooper e Waldby, 2015, p. 42). La maggior parte dei corpi impegnati in questa attività produttiva sono corpi femminili, impiegati nella produzione di ovociti o nella messa a disposizione del proprio utero nel caso della cosiddetta *surrogacy*.

In realtà il corpo delle donne era già stato messo a valore per la generazione di bambini, come hanno dimostrato i resoconti di alcune storiche femministe e postcoloniali (Harris, 1993). Oltre alla nota pratica del baliatico ne è ulteriore esempio, ancora più paradigmatico, quello delle schiave, considerate fonte di reddito non solo perché a servizio dei padroni ma anche per le loro capacità di generare nuovi nati resi a loro volta schiavi. Così il loro corpo, nelle economie preindustriali, poteva dare vita a tre fonti di reddito: quello prodotto dal lavoro, dalla prostituzione e dalla riproduzione (Beckles, 1989, p. 144).

Oggi le questioni relative alla nascita, riarticolate intorno ai progressi delle tecnologie innovative nel campo della vita, sembrano essere strutturate ancora intorno a simili rapporti di potere, in una doppia saldatura che tiene insieme interessi neoliberali con interessi del patriarcato neocoloniale. Può essere utile sottolinearne qui alcuni punti.

Una prima riflessione riguarda i tipi di corpi di cui i mercati dell'esternalizzazione della fertilità necessitano per crescere. Le donne sono la risorsa più preziosa per la selezione dei materiali necessari per compiere il processo riproduttivo, ma anche la più a rischio rispetto alle conseguenze sulla loro salute. La produzione e la commercializzazione del seme maschile è un'attività che investe i corpi degli uomini in pressoché assenza totale di rischi a loro carico dal momento che si avvia a partire da processi che già avvengono nel corso della loro normale fisiologia riproduttiva. Il seme è abbondante e si presta alla generazione di un surplus che eccede la capacità riproduttiva e può essere trasferito ad altri in

modo quasi immediato (Cooper e Waldby, 2015). La messa a disposizione di gameti femminili è molto più complessa e necessita, al contrario, di tecniche invasive che implicano forme di rischio più elevate. Le prime Tra si accordavano con il ciclo naturale delle donne, ma in breve ci si rese conto che attraverso una stimolazione ormonale sarebbe stato possibile piegare tutto il processo riproduttivo rendendolo coerente con una temporalità ospedaliera e sottraendolo dall'imprevedibilità naturale che lo contraddistingue (Meo, 2015a). Attraverso la stimolazione, inoltre, sarebbe stato possibile produrre più ovociti e dunque moltiplicare le possibilità di successo della fecondazione. Ma in tutte le varie fasi dei trattamenti ci sono rischi fisici, connessi all'utilizzo di farmaci potenzialmente cancerogeni, alla sindrome di iperstimolazione ovarica (Almeling, 2011), agli alti tassi di gravidanze extrauterine o multiple, ecc. In più, la medicalizzazione estrema di tutte le fasi riproduttive porta all'uso più massiccio sia della tecnica del parto cesareo che di controlli prenatali invasivi la cui innocuità non è ancora del tutto dimostrata (Pizzini, 2009, p. 101).

Tutto ciò diventa ancora più evidente all'interno del quadro riferito alla maternità surrogata: per garantire i diritti riproduttivi di alcune donne si sacrificano i diritti di salute di altre, in una dinamica di divisione dei rischi assolutamente diseguale e iniqua. L'organizzazione di questa filiera ri-produttiva segue mappe territoriali precise, simili a quelle che caratterizzano i processi economici della globalizzazione: prodotti del sud e consumi del nord. L'espressione "turismo riproduttivo" riesce a restituire il senso di un'attività caratterizzata dalla scissione tra chi detiene il potere d'acquisto e chi fornisce il lavoro riproduttivo, che però in alcune fasi deve necessariamente (almeno fino ad oggi) ricomporsi in un unico luogo. Così il servizio offerto dalle cliniche della fertilità, nella maggior parte dei casi, prevede non solo la gestione della parte medica ma anche la possibilità di acquistare pacchetti *all inclusive* che forniscono vitto, alloggio "con tutte le comodità necessarie"⁷, servizio taxi. Anche nel caso della surrogazione di gravidanza, al momento del parto, i genitori committenti devono trovarsi in loco e anche la gestione di questo evento è preso in carico dalla

⁷ Cfr. ad esempio tra le altre <https://www.biotexcomitalia.it/prospetto-condizioni-contrattuali/> (consultato il 6 gennaio 2021).

clinica, contabilizzato e reso oggetto di contratto⁸.

I centri più grossi fanno capo sostanzialmente a tre aree principali: gli Stati Uniti con la California in particolare, l'India e i paesi dell'est europeo. In ognuno di questi posti le cliniche della fertilità sono regolamentate da normative diverse che in comune hanno l'organizzazione del lavoro caratterizzato da un'elevata capacità di reclutamento, la standardizzazione dei servizi erogati, la retorica dell'economia del dono che regola il commercio dei materiali in vendita o in "affitto" (ovociti, semi, utero per la gestazione, ecc.).

Il mercato degli ovociti è più fiorente in Europa: è qui che avvengono la metà delle procedure di fecondazione assistita al mondo (De Mouzon *et al.*, 2010). Le materie prime provengono soprattutto da quei paesi con un PIL pro capite più basso rispetto alla media europea (Polonia, Romania, Ungheria e Repubblica Ceca), dunque fanno capo a persone più soggette a dinamiche di vulnerabilità economica.

La manodopera è selezionata secondo criteri di razza e di classe e, a queste differenze, corrisponde un diverso livello di compenso.

Molte statistiche ci raccontano numeri di fatturati crescenti relativi a questi nuovi mercati in espansione ma la maggior parte della forza lavoro che li sostiene viene inquadrata nel livello più basso dei servizi lavorativi e coincide quasi perfettamente con quelle stesse classi marginalizzate durante il passaggio dalla produzione fordista di massa alla produzione postfordista informatica (Cooper e Waldby, 2015).

In questo senso è interessante riflettere anche su che tipi di corpi generati siano più commerciabili perché più richiesti: i nuovi nati devono essere sani e soprattutto bianchi. Nel caso della gravidanza surrogata in cui la fecondazione avviene con materiale organico proveniente dai genitori biologici committenti, questo non rappresenta un problema. La gestante diventa semplicemente un involucro all'interno del quale si compie tutto il processo produttivo, una incubatrice di un montaggio che – se non ci sono imprevisti – genera il suo plusvalore, in questo caso un bambino. Ma nel caso in cui si dovessero utilizzare ovociti della donna gestante (dunque non solo il suo utero) il nascituro ne porterà tracce genetiche e caratteristiche somatiche. È in questo scenario che la ricerca della *whiteness*, la bianchezza come requisito essenziale e valore aggiunto, riarticola intorno alle questioni del colore

⁸ Cfr. <https://maternitasurrogata.eu/prices> (consultato il 3 gennaio 2021).

della pelle nuove discriminazioni. Da una parte, dunque, le donne bianche diventano più preziose e più competitive all'interno di un mercato selettivo. Le donne con la pelle più scura, scelte solo da minoranze, sono meno richieste: a parità di impegno, il loro lavoro, anche in questo campo, frutta meno. Scrivono a questo proposito Cooper e Waldby (2015, p. 98) che «la riproduzione della bianchezza colloca i mercati della fertilità in una storia molto più lunga, quella delle forme prebiotecnologiche del lavoro femminilizzato: le donne non bianche sono da sempre costrette a crescere e curare bambini/e bianche/i, pensiamo alle balie, alla servitù domestica, alle loro gravidanze spesso ritenute illegittime». I corpi messi al lavoro ci parlano dunque di un mercato segnato da profonde fratture che redistribuisce rischi e capacità riproduttive in nome della salute globale producendo gerarchie non solo tra i singoli ma anche tra classi economiche, etnie e nazionalità a fronte di un rimborso spese forfettario e differente a seconda della collocazione geografica, tutele giuridiche scarse e cure cliniche non sempre considerate adeguate (Cooper e Waldby, 2015, p. 66). Scrive in questo senso Paola Di Nicola: «forzare la mano alla natura consente di redistribuire a livello sociale qualcosa che sta diventando sempre più raro nei paesi sviluppati: la capacità riproduttiva. È una redistribuzione che sembra molto democratica, perché apparentemente si regge sul principio del dono: si parla sempre di donatori di liquido seminale e di ovociti; donatrici di embrioni, (...) In realtà tali scambi si realizzano in un mercato riproduttivo sempre più ampio e che lentamente sta marginalizzando quanto inizialmente si faceva secondo le regole del dono. Non si parla più di donatori, ma di clienti, le cui esigenze devono essere tenute sempre al primo posto, perché il cliente deve essere soddisfatto del servizio che paga» (Di Nicola, Lonardi, Viviani, 2018, p. 12).

Ricerca della *whiteness*, impossibilità di distinguere tempi di lavoro e tempo di non lavoro e controllo capillare dei corpi messi a reddito: sono solo alcuni dei temi cruciali che rimangono spesso sottotraccia nelle analisi e nei dibattiti contemporanei dedicati alle Tra, molti dei quali incentrati sulla più adatta soluzione normativa per regolare la questione ma meno attenti alle dimensioni corporee e alle sue istanze. Il punto di vista dei corpi femminili messi a lavoro sembra suggerire, al contrario, una più radicale attenzione ai rapporti di forza economici e politici nei quali vanno a iscriversi e suggerisce di indagare l'immaginario che li sostiene e che li rende legittimi.

3. Il corpo dell'altra

Ho già scritto altrove a proposito dei mutamenti dell'immaginario sociale e di come l'avvento di un nuovo spirito del tempo, a partire dalla modernità, abbia avuto effetti concreti anche sulla vita delle donne proprio a partire dalla dimensione legata al concepimento, alla gravidanza e al parto (Meo, 2012, 2014b, 2015b). Alcune ricerche più recenti in tema di immaginario riproduttivo hanno arricchito il quadro già allora delineato (Di Nicola, 2017; Di Nicola, Lonardi, Viviani, 2018) e continuano a riferire di una riproduzione sempre più scissa dalla sessualità e di una proliferazione di figure necessarie per “fare bambini”. Sterilità e infertilità vengono percepite come limiti potenzialmente superabili, mentre si recupera, in termini di riproduzione, l'importanza del legame di sangue tra genitori e figli. In questo quadro, nell'immaginario sociale, inizia a farsi strada, come nuovo soggetto legittimato, anche la coppia omosessuale, che ambisce a un riconoscimento sociale e normativo. Scrive Paola Di Nicola (2018, p. 19): «È una richiesta di riconoscimento che parla il linguaggio dei diritti individuali, che amplifica il processo di privatizzazione della famiglia e di individualizzazione delle biografie di vita». In questo scenario la medicina riproduttiva non cura più l'infertilità ma si trasforma in una pratica sostitutiva a disposizione anche di chi non può generare per cause legate all'età o perché dello stesso sesso del partner. Persone gay o lesbiche, del tutto capaci di generare, diventano “pazienti” grazie ai progressi della medicina riproduttiva o medicina del desiderio, così come è stata definita da R. Friedman (Lombardi, 2011). “Quando è una famiglia che vuoi – recita lo slogan di una clinica americana – il *Fertility Center* di Las Vegas è qui”⁹.

Ma la percentuale di successo delle Tra è generalmente sovrastimata, e ciò accade anche tra gli addetti ai lavori. Tra i professionisti della salute sessuale riproduttiva risulta generalizzato un infondato ottimismo sulle possibilità di risolvere sempre i casi di infertilità e persiste, secondo i dati dell'Istituto superiore di Sanità (2018) la tendenza a consigliare la Pma a pazienti in cui è evidentemente inutile. Tra gli

⁹ Per lo slogan e per la definizione di “Pazienti LGBT” cfr. <https://fertilitycenterlv.com/it/trattamenti-per-la-fertilita/maternita-surrogata/> (pagina consultata il 6 gennaio 2021).

andrologi, ad esempio, il 37,4% è convinto che le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita permettano alla coppia di avere un bambino sempre o almeno nel 50% dei tentativi. In realtà le possibilità di successo sono decisamente modeste (Wagner, 1994).

L'idea che ricorrere alla tecnica per avere un bambino sia una soluzione sicura diventa certezza quando si parla di maternità surrogata, così come si evince dall'analisi di una ricerca condotta su donne italiane infertili in età riproduttiva che hanno già provato altre tecniche di riproduzione assistita, andate o meno a buon fine (Meo, 2019). Anche i siti di presentazione delle cliniche internazionali si caratterizzano per veicolare un'immagine di una procedura semplice, sicura e senza limiti di età: "soddisfatti o rimborsati al 100%. Non siamo matti siamo sicuri di noi stessi" recita uno slogan di presentazione di una di queste¹⁰. Le immagini di bambini bellissimi e sani si accompagnano a dettagli sulle procedure mediche che verranno adottate, sulle analisi necessarie e sugli *step* da seguire, descritti nei minimi particolari. In coerenza con questo, le intervistate nell'ambito di una ricerca condotta sul vissuto di donne infertili in età riproduttiva che sono ricorse alle Tra¹¹ restituiscono un quadro in cui la procreazione non è più percepita come un processo che dura nove mesi ma piuttosto come una serie di eventi distinti uno dall'altro che possono richiedere molto più tempo per essere messi in sequenza e diventare generativi. Nel caso della gravidanza surrogata, in particolare, la riproduzione viene fatta coincidere con la nascita. Tutto il resto, concepimento, gestazione e cura, è preparatorio e per certi versi "impensabile" perché delocalizzato e decorporeizzato.

"Non immagino che chi mette il suo utero in affitto possa aver passato quello che ho passato io con la stimolazione ovarica. Credo che le sensazioni siano diverse, forse sono donne che hanno scelto di farlo, io lo sto subendo", dice una delle intervistate (A., 38 anni). Se i loro vissuti procreativi sono caratterizzati da emozioni psichiche ma anche sensazioni corporee ("sentivo tutto il mio ventre gonfiarsi e capivo che avevo prodotto tanti ovociti. Era una bella sensazione, mi sentivo piena, feconda", dice G., 37 anni), lo stesso statuto non è riconosciuto

¹⁰ <https://www.biotexcomitalia.it>

¹¹ Gli stralci di interviste qui riportati si riferiscono a una ricerca più ampia (Meo, 2019) i cui risultati sono in corso di pubblicazione.

alle donne impegnate nella *surrogacy*. In quel caso, per descrivere quegli stessi momenti, la narrazione, diremmo, perde corpo. L'accento è posto sulle tecniche che rendono possibile il concepimento e ignora tutta la dimensione relazionale che invece, nel caso opposto, è narrata come naturale e inevitabile.

Una donna che ha concepito ricorrendo alla Fivet racconta: “non so come è stato possibile ma già dalla prima settimana, quando sono rimasta incinta dopo due tentativi, sentivo che il bambino stava crescendo nel mio corpo e che sarebbe rimasto lì al sicuro. Non sarebbe più stato possibile separarmene, eravamo in relazione simbiotica che è naturale quando senti crescere qualcosa nella tua pancia” (A. 38 anni). Tutta questa attenzione alla dimensione corporea e alla ricomposizione di tutto il processo riproduttivo scompare nelle parole di tutte le intervistate quando si parla del corpo delle “altre”.

Le altre sono le madri surrogate, quelle che vengono reclutate dalle agenzie d'intermediazione con una sola richiesta esplicita: “ho bisogno solo del tuo utero” (Cooper e Waldby, 2015, p. 118), che nella retorica diventa uno spazio vuoto in un corpo percepito quasi come meno reale, uno spazio di proprietà che può dunque essere riempito a piacimento, anche mettendolo a valore.

Tali dinamiche di rendita sono rese possibili proprio dalle tecnologie di riproduzione assistita che sono riuscite a frammentare un processo biologico unitario in tanti piccoli segmenti modificabili e manipolabili singolarmente, delocalizzabili e dislocabili anche secondo temporalità multiple (Meo, 2015b).

Durante le interviste solo poche donne hanno restituito l'immagine del corpo intero della gestante, la maggior parte ha fatto cenno solo al corpo “a pezzi”, al processo tecnico e al prodotto finito. I costi proibitivi, per la maggior parte di loro, rappresentano la principale motivazione per cui non si avvarrebbero di una pratica di questo tipo ma anche, in più di un caso, perché ricorrere ad un'altra donna sarebbe percepito come un fallimento di un femminile che ha bisogno di una sostituta per svolgere le sue funzioni “naturali”. Sappiamo che la questione dell'infertilità viene vissuta come tabù tanto che oggi non tutti sono disposti a dichiarare se hanno fatto ricorso a un centro specialistico per l'infertilità.

Ma se le altre tecniche di riproduzione assistita possono essere immaginate come un aiuto al concepimento, il ricorso all'utero di un'al-

tra donna sembra generare più problemi. Così, nonostante i dati ci dicano il contrario, da molte è immaginato come pratica utilizzata sostanzialmente da coppie dello stesso sesso. In questo scenario, il corpo dell'altra, forse proprio poiché immaginato come più adatto perché generativo, diventa ingombrante e spesso viene rimosso dalla narrazione, stenta ad essere nominato. Sempre A., di 37 anni, a proposito della maternità surrogata dice: “la clinica ti consegna un bambino sano. Tu paghi e loro si occupano di tutto. C'è chi mette l'utero, chi lo sperma, chi la competenza tecnica. (...) Tu compri il pacchetto completo e loro ti danno un bambino sano”.

Leggendo i modelli di contratto che regolano le surrogazioni di gravidanza, la scomparsa dell'“altra donna” è evidente fin da subito. Firmando un contratto, la donna affitta il proprio eccesso di capacità riproduttiva che nel suo paese di origine non aveva molto valore, immettendolo in un mercato globale in cui proprio il valore aumenta esponenzialmente a causa della scarsità di risorse. La presa di distanza tra i corpi generativi impegnati nella riproduzione (principalmente quello della partoriente e quello della committente) inizia probabilmente da qui, nel momento stesso in cui viene stipulato un accordo che individua come controparte non la donna impegnata nella gestazione ma i committenti e la clinica della fertilità. Le madri surrogate, così come le venditrici di ovociti, sono escluse dalla negoziazione dell'utile. Il rialzo del prezzo può essere ricercato dalla clinica ma non dalla gestante che deve agire in un quadro di economia del dono in nome di una retorica ispirata a principi astratti che fanno riferimento al “dono della vita” o alla “generosità materna” (Cooper e Waldby, 2015, p. 88). Si tratta di contratti che tutelano principalmente i diritti dei committenti e quelli dei nuovi nati, meno i diritti delle donne gestanti che perdono molte delle loro libertà.

Il corpo della donna gestante non è mai esposto, scompare nei suoi bisogni individuali e viene rimborsato per soddisfare i bisogni standard connessi con il suo servizio (vestiti per la maternità, analisi periodiche, alimentazione adeguata, ecc.). Incarnando letteralmente i mezzi di produzione, non è il suo lavoro ma la sua vita stessa che deve essere regolamentata in ogni minimo dettaglio. L'accordo sottoscritto la obbliga alla stimolazione ormonale propedeutica all'impianto della gravidanza, a consegnare ai genitori tutte le informazioni mediche che la riguardano; deve anche essere sempre disponibile ad incontrarli, non

assumere droghe o alcol e seguire rigorosamente il regime alimentare prescritto dai medici, deve astenersi dai rapporti sessuali e da qualsiasi attività che possa mettere a rischio la salute del nascituro. Non le è concesso di abortire ma, in caso di patologie o malformazioni fetali, lo può fare con il consenso dei committenti. Tutto ciò fino al momento del parto e alla consegna obbligatoria del bambino che grazie alle etnografie sulle donne indiane di Vora (2009) e Pande (2009) possiamo affermare che non si tratti sempre di una separazione indolore. Emerge, in questo quadro, ancora un altro paradosso che genera inedite diseguglianze: le donne del nord del mondo hanno lottato e ancora lottano per rivendicare la loro libertà di abortire ma contemporaneamente sono nella posizione di sottoscrivere un contratto in cui un'altra donna si impegna a rinunciare a questo stesso diritto.

La maggior parte delle donne italiane intervistate sul ricorso alla pratica della cosiddetta “maternità surrogata” non sembrano avere conoscenze specifiche ed approfondite sulla realtà vissuta dalle donne impegnate in questo bio-lavoro. Tutte hanno dato per scontato che la gestazione per altri, mediata da una clinica, dovesse avvenire in totale anonimato. Nessuna ha rappresentato la *surrogacy* nei termini di una relazione tra parti che incontrandosi collaborano per un progetto collettivo e convergente ma piuttosto immaginano un atto produttivo che nasce da istanze individuali: il desiderio, diventato diritto, di avere un figlio (sano e con lo stesso colore della pelle di chi lo commissiona); l'interesse economico della clinica che capitalizza gli utili; il vantaggio economico di chi vende il servizio.

“Per certi versi penso che sia la soluzione ideale. È comoda per tutti e non fa male a nessuno (...). Non devi sbatterti tanto alla fine. La struttura ci guadagna, la madre surrogata ci guadagna e chi sceglie di farlo ci guadagna un bambino. Ognuno ha scelto in libertà e autonomia” (F., 41 anni).

Sembra che i corpi delle donne messi a lavoro ri-produttivo scomparendo dalla vista si sbiadiscano anche nell'immaginario (Meo, 2017). Viene meno, insieme a loro, anche ogni possibilità di riconoscere ogni forma di relazione sociale. Scompare la madre: il bambino non è più identificato come “nato da” ma come “figlio di” in una dinamica tutelata da un linguaggio giuridico che soggettivizza ed esclude. Scompare anche la relazione di madre/figlio in pancia, ridotta a puro fatto biologico nonostante sia ormai assodato che determini

impressioni e percezioni che il bambino porterà con sé per tutta la vita. Sparisce la relazione coppia e gestante, diventando la generazione un processo tecnico e frammentato, una parte di un insieme (e non di un tutto) fungibile come ogni altra. Così è possibile anche non vedere le relazioni economiche e neocoloniali tra nord e sud del mondo che segnano nuove rotte economiche e nuove disequaglianze, le relazioni tra donne fertili ed infertili, le relazioni tra i sessi ecc. La relazionalità che era la caratteristica principale di tutto il campo riproduttivo sembra essere stata soppiantata dall'incrocio di domande e offerte individuali ed autonome che si sviluppano all'interno di un immaginario del consumo in cui la "politica del desiderio" produce nuovi effetti di realtà. Scrive Bauman: "Nel campo della politica del desiderio le agenzie si contendono la limitata risorsa dei sogni individuali e collettivi di una vita felice. L'effetto complessivo della politica del desiderio è l'eteronomia della scelta che viene avvalorata dall'autonomia degli agenti che scelgono, autonomia che a sua volta viene avvalorata proprio dall'eteronomia" (Bauman, 2005, p. 212).

La parola *autonomia* contiene in sé la radice greca di αὐτός, che rimanda al medesimo, allo stesso in contrapposizione al diverso, all'altro. La gestione autonoma della riproduzione, come abbiamo visto, valorizza l'esperienza individuale negando quella in cui l'altro coinvolto è soggetto e non oggetto (scomponibile), parte di una relazione vitale che è alla base della vita sociale e che tiene insieme più dimensioni, appunto, personali e globali che a loro volta sono legate insieme da profonde interdipendenze.

Abbandonare, in questo senso, ogni pretesa esclusiva di autonomia, in qualche modo è quello che già ci hanno invitato a fare le donne femministe riunite in Messico, a cinque anni da quella Conferenza del Cairo, in cui per la prima volta presero corpo i principi più generali della salute globale riproduttiva, gli stessi che sono arrivati fino a noi oggi¹². In quel frangente, la rete di donne attiviste del sud Dawn (*Development Alternatives with Women for a New Era* – Alternative di sviluppo con donne per una nuova era) aveva posto l'attenzione su una questione che

¹² A novembre 1998, la rete Hera (*Health, Empowerment, Rights and Accountability* – Salute, Empowerment, Diritti e Responsabilità) ha convocato una conferenza in Messico per analizzare specificatamente fino a che punto il Programma d'Azione del Cairo era messo in pericolo dall'incapacità di far fronte agli impegni finanziari.

oggi, a distanza di anni, continua a rappresentare il vero nodo da sciogliere: “una trasformazione nel campo della popolazione per applicare in modo efficace la struttura di salute e diritti riproduttivi – scrivono – è condizionata da una rivoluzione virtuale dei sistemi di relazione tra i sessi ed i modelli di sviluppo predominanti. Insieme al loro impegno per i diritti umani, per l’integrità corporale delle donne e la libera scelta riproduttiva, le politiche inerenti alla riproduzione devono essere concepite e attuate come parte di un modello rinnovato di sviluppo umano che promuova istituzioni democratiche e ancor di più, politiche economiche eque”¹³. A distanza di anni, ancora molto mi sembra rimanga da fare in questa direzione, sia nelle pratiche connesse alle questioni dei diritti riproduttivi che negli immaginari sociali che le rendono possibili.

Riferimenti bibliografici

- Almeling R. (2011), *Sex ceels. The medical market in eggs and sperm*, University of California Press, Berkley.
- Bauman Z. (2005), *Globalizzazione e glocalizzazione*, Armando Editore, Roma.
- Beckles H. (1989), *Natural rebels. A social history of enslaved black in Barbados*, Zed Books, London.
- Boltanski L. (2007), *La condizione fetale. Una sociologia della generazione e dell’aborto*, Feltrinelli, Milano.
- Butler J. (1996), *Corpi che contano. I limiti discorsivi del sesso*, Feltrinelli, Milano.
- Cammarota A. (2005), *Femminismi da raccontare, Un percorso attraverso le lotte e le speranze delle donne di ieri e di oggi*, FrancoAngeli, Milano.
- Cooper M. e Waldby C. (2015), *Biolavoro globale. Corpi e nuova manodopera*, Derive Approdi, Roma.
- Corradi L., a cura di (2019), *Odissea embrionale. Fecondazione in vitro, eterologa e surroga di gravidanza: problemi di salute, giuridici e sociali*, Mimesis, Milano.
- Corrêa S. and Reichmann R. (1994), *Population and Reproductive Rights, Feminist Perspectives from the South*, Zed, in association with DAWN, London.
- De Mouzon J., Goossens V., Bhattacharya S., Castilla J.A., Ferraretti A.P., Korsak V., Kpka M., Nygren K.G., Andersen Nyboe A. (2010), “Assisted reproductive technology in Europe 2006. Results generated from European registers by ESHRE”, *Human reproduction*, 25(8): 1851/1862.
- Di Nicola P. (2017), *Famiglia: sostantivo plurale. Nuovi orizzonti e vecchi problemi*,

¹³ Keyzers L., *La politica dell’inclusione e dell’esclusione: la forza Europa e l’agenda per i diritti riproduttivi*, in http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_2_testi/d_impegni_pol_internaz/a_conf_mondiali_onu/c_conf_cairo_e+5/e_materiali_di_riflessione/perc_bibl_02_d_c_e_2.html (pagina consultata il 6 gennaio 2021).

- FrancoAngeli, Milano.
- Di Nicola, P., Lonardi, C., Viviani, D. (2018), *Forzare la mano. Natura e cultura nella Procreazione medicalmente assistita*, FrancoAngeli, Milano.
- Duden B. (2006), *I geni in testa e il feto nel grembo*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Foucault M. (1978), *La volontà di sapere. Storia della sessualità*, v. 1, Feltrinelli, Milano.
- Harris C.I. (1993), “Whiteness as property”, *Harvard Law Review*, 106 (8): 1710/1791.
- Keyzers L., *La politica dell’inclusione e dell’esclusione: la fortezza Europa e l’agenda per i diritti riproduttivi*, in http://dirittiumani.donne.aidos.it/bibl_2_testi/d_impegni_pol_internaz/a_conf_mondiali_onu/c_conf_cairo_e+5/e_materiali_di_riflessione/dopo_il_cairo_2.html#Anchor-11481.
- Lomabardi L. (2009), Contesto medico e contesto sociale delle tecniche di riproduzione artificiale, in Pizzini F. (2009), *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Francoangeli, Milano, pp. 79-142.
- Mauss M. (2000), *Teoria generale della magia*, Einaudi, Torino.
- Meo M. (2012), *Il corpo politico. Biopotere, generazione e produzione di soggettività femminili*, vol. 141, Mimesis, Milano.
- Meo M. (2014a), *La medicalizzazione del corpo femminile*, in Meo M., a cura di, *Ripensare il corpo. Rappresentazioni, medicalizzazioni, decolonizzazioni*, Aracne, Roma.
- Meo M. (2014b), *Pensare i corpi*, in Meo Milena, a cura di, *Ripensare il corpo. Rappresentazioni, medicalizzazioni, decolonizzazioni*, Aracne, Roma.
- Meo M., Cammarota A. (2014), *Sociologia politica e questioni di genere*, in Consiglio scientifico della sezione AIS Studi di genere, a cura di, *Sotto la lente del genere. La sociologia italiana si racconta*, FrancoAngeli, Milano.
- Meo M. (2015a), “L’immaginario quotidiano. Per una lettura altra di pratiche e discorsi sul tema della generazione”, *Quaderni di teoria sociale*, vol. 2: 59-76.
- Meo M. (2015b), *Tiempo generativo, tiempo reproductivo*, in Jansen M. e Raffa V., a cura di, *Tiempo y comunidad. Herencias e Interacciones Socioculturales en Mesoamerica y Occidente*, Leiden University Press, Leiden.
- Meo M. (2017), “Le corps médié et le corps vécû. Vers une nouvelle re-naissance écologique”, in *CORPS. Revue interdisciplinaire*, 15: 213-223.
- Ongaro S. (2001), *Le donne e la globalizzazione. Domande di genere all’economia globale della ri-produzione*, Rubettino, Soveria Mannelli.
- Pande A. (2009), “Not an “angel” not a “whore”. Surrogate sas “dirty” workers in India”, *Indian journal of gender studies*, 16(2): 379/397.
- Pizzini F. (2009), *Corpo medico e corpo femminile. Parto, riproduzione artificiale, menopausa*, Francoangeli, Milano.
- Vora K. (2009), “Indian Transnational Surrogacy and the disaggregation of mothering work”, *Antropology news*, 50(2): 9-12.
- Wagner M. (1994), *Procreazione medicalmente assistita, si può parlare di progresso?*, in Pizzini F. e Lombardi L., a cura di, *Madre provetta. Costi, benefici e limiti della procreazione artificiale*, FrancoAngeli, Milano.
- WHO (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, Geneva, 1986.

6. Salute sul lavoro e responsabilità. Il problema del rientro al lavoro dopo lunga assenza

di Angela Bagnato

1. Introduzione

Il Laboratorio di Sorveglianza Sanitaria e Promozione della Salute del DiMEILA-Inail da anni porta avanti la ricerca sulla promozione della salute negli ambienti di lavoro (*Work Health Promotion, Whp*). Accanto al focus sulla prevenzione, sempre più rilevante per il benessere dei lavoratori sta diventando il tema del rientro al lavoro dopo lunga assenza (*Return to Work, Rtw*), in un paese che vede invecchiare la sua forza lavoro e un incremento di patologie croniche che portano a lunghi congedi per malattia e all'uscita anticipata dal mondo del lavoro. Ma non è solo la malattia a rendere difficoltoso lo svolgimento e il mantenimento di un'attività lavorativa; anche le esigenze di curare i propri cari possono spingere lavoratori e lavoratrici a prendere lunghi periodi di congedo fino alla scelta di concludere il proprio rapporto di lavoro. Scelta quasi sempre obbligata laddove rientrare al lavoro diventa impossibile per mancanza di servizi e supporti che possano permettere la conciliazione tra vita lavorativa e vita privata, sia essa caratterizzata da problemi di salute personali o di un proprio familiare. Questo articolo mette in luce alcuni punti critici delle attuali politiche pubbliche sul Rtw che emergono da report internazionali e dal contesto italiano, provando a collocarli e leggerli nel quadro più generale delle recenti traiettorie delle politiche sociali.

2. Il Rtw: le dimensioni di un problema strutturale

Nel 2013 l'*International Social Security Association* (Issa) ha pubblicato le *Guidelines on Return to Work and Reintegration* sottolineando come lo sviluppo di strategie volte a facilitare il Rtw di persone con problemi di salute sia fortemente legato alla presenza di un quadro politico e legislativo che contempra il problema e ne supporti le soluzioni.

In questa cornice, puntellata a più riprese anche dai principali organismi europei connessi alla salute in ambito lavorativo (Eu-Osha, Eurofound, Enwhp)¹, la questione del Rtw si legittima sempre più come oggetto di politiche pubbliche.

Queste sono chiamate a «dirimere problemi collettivamente percepiti e per i quali, in un dato contesto spaziale-temporale, si ritiene corretto attribuirne la soluzione alla “mano visibile” piuttosto che alla diretta interazione tra gli individui» (Giuliani, 1996, p. 321).

E i dati sulle lunghe assenze dal lavoro denunciano un problema strutturale del contesto spaziale-temporale in cui viviamo.

Nelle indagini Eurostat sulla forza lavoro si evidenzia come a livello europeo ci sia negli ultimi anni un incremento delle persone che denunciano un «*long-standing health problem*», un problema di salute che richiede un lungo periodo, di almeno 6 mesi, di supervisione, osservazione e cura. I dati riportati per il 2018 da Eu Silcs (*Statistics on Income and Living Conditions*) mostrano chiaramente, anche tra le persone occupate, come questo tipo di problemi di salute cresca con l'aumentare dell'età, passando da un valore del 18,8% nella fascia d'età 25-34 anni, a quello del 40,3% nella fascia 55-64².

L'Italia riporta percentuali più basse rispetto al dato medio europeo ma il nostro paese va incontro ad un forte invecchiamento della forza lavoro che riflette il più generale invecchiamento della popolazione. Secondo le proiezioni della Commissione Europea in Europa per il

¹ *European Agency for Safety and Health at Work* (EU-OSHA); *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions* (Eurofound,); *European Network for Workplace Health Promotion* (Enwhp).

² Elaborazione dati da Eurostat '*People having a long-standing illness or health problem, by sex, age and labour status*', code: hlth_silc_04, disponibile su http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_04&lang=en#, ultima visualizzazione 29/1/2021.

2060 vi sarà un tasso di occupazione nella fascia di età 55-64 anni pari al 67,1% (*European Commission*, 2014); in Italia, in particolare, tale tasso ha già un ritmo di crescita elevato, passando dal 27,3% del 2000 al 54,3% del 2019³.

E a crescere in questi ultimi anni sono anche gli eventi malattia, nel pubblico e nel privato, la cui durata porta ad un'assenza superiore ai 180 gg, con un aumento del 38% dal 2011 al 2016⁴.

Come diverse ricerche hanno dimostrato, più cresce la durata di un'assenza per malattia più è facile che a questa si associ il rischio di un non rientro al lavoro: la probabilità di Rtw per periodi di assenza tra i 3 e i 6 mesi è inferiore al 50%; per assenze superiori ai 12 mesi la probabilità è inferiore al 20% (Eurofound, 2004).

Ma una popolazione che invecchia e vede aumentare la presenza di patologie croniche mette in luce un'altra tipologia di lavoratori a rischio di lunga assenza e uscita anticipata dal mondo del lavoro: i *caregiver* di persone non autosufficienti. Nel 2017 il Censis presentando lo studio "La gestione della cronicità: il ruolo strategico del *caregiver*. Il quadro generale ed un focus sul Parkinson", che ha coinvolto un campione di 203 *caregiver* familiari, ha evidenziato come l'attività di cura implichi difficoltà significative nella vita lavorativa e sociale dei *caregiver* intervistati. Tra questi il 36,9% ha dichiarato che il lavoro di cura ha prodotto degli impatti sulla propria occupazione, che vanno dall'assentarsi ripetutamente dal lavoro, alla richiesta di un part-time, fino alla scelta di andare in pensione anticipata o alla perdita del lavoro.

Dall'Osservatorio dell'Inps sulle prestazioni a sostegno della famiglia otteniamo un quadro statistico interessante dell'utilizzo da parte dei dipendenti del settore privato di permessi e periodi di congedo

³ Elaborazione dati da Eurostat *Employment rates by sex, age and citizenship (%)* disponibili su: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa_ergan&lang=en, ultima visualizzazione 29/1/2021.

⁴ Elaborazione su dati Inps, contenuti nelle pubblicazioni 'Statistiche in Breve – Certificazione di malattia dei lavoratori dipendenti privati e pubblici' per l'anno 2013 e per l'anno 2016 (aggiornato a dicembre 2017) reperibili rispettivamente su https://www.lentepubblica.it/wp-content/uploads/2014/11/Osservatorio_Certificati_Malattia_2013.pdf e su <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato44637-27.pdf>, ultima visualizzazione 29/1/2021.

straordinario retribuiti in base alla legge 104/92⁵. Sempre più lavoratori, sia uomini che donne, negli ultimi anni si sono assentati dal lavoro ricorrendo a permessi e congedi per far fronte a necessità di cure personali e/o per un proprio caro.

Dal 2013 al 2019 si è avuto un incremento rilevante nella richiesta di permessi per cura personale (+37,98%), di permessi per cura di un familiare (+48,22%), di prolungamento dei congedi parentali e di richiesta congedi straordinari (le due tipologie insieme registrano un + 51,29%). Nella platea dei beneficiari, rispetto al 2019, si registra una quasi parità tra i due generi, eccetto che per la richiesta di prolungamento dei congedi parentali che vede protagoniste le donne nel 78,57% dei casi.

Il lavoro di cura toglie ancora molto più tempo alle donne rispetto agli uomini, rendendo difficile la conciliazione con gli impegni lavorativi. In Italia l'Istat ha condotto dal 2000 alcune indagini campionarie sulle nascite e le madri, intervistando le donne che hanno avuto un figlio nel 2000/2001, nel 2003 e nel 2009/2010, al fine di comprendere

⁵ Per la legge 104/92 (s.m.i.) l'Osservatorio Inps fotografa in particolare l'utilizzo di Permessi personali, Permessi per familiari, Prolungamento dei congedi parentali e Congedi straordinari. In base alla legge 104/92 e s.m.i. in caso di disabilità di un familiare si possono richiedere periodi di astensione dal lavoro. Nello specifico: – prolungamento del congedo parentale con diritto per tutto il periodo ad un'indennità pari al 30% della retribuzione. «Il prolungamento può essere usufruito dal termine del periodo di normale congedo parentale teoricamente fruibile dal genitore richiedente, indipendentemente dal fatto che sia stato in precedenza utilizzato o esaurito. I giorni fruiti a titolo di congedo parentale ordinario e di prolungamento del congedo parentale non possono superare in totale i tre anni, da godere entro il compimento del dodicesimo anno di vita del bambino» (fonte: <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46180>, ultima visualizzazione 29/1/2021); – congedo straordinario per l'assistenza a familiari conviventi che prevede la possibilità di due anni di assenza dal lavoro «indennizzata nella misura della retribuzione percepita nell'ultimo mese di lavoro che precede il congedo straordinario, nell'arco della vita lavorativa» (fonte: <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46179>, ultima visualizzazione 29/1/2021).

Nell'Osservatorio è riportato, per i lavoratori dipendenti del settore privato, il numero dei beneficiari dei permessi distinti per sesso, tipo di prestazione, tipo di contratto e regione. I dati più recenti (dal 2015) sono scaricabili da <https://www.inps.it/osservatoristatistici/13/46/o/429>, ultima visualizzazione 29/1/2021. Il dato relativo al 2013, indicato successivamente nel testo, è stato ripreso da 'Statistiche in breve – Prestazioni a sostegno della famiglia' a cura del Coordinamento Generale Statistico Attuariale – Inps, dicembre 2018.

meglio le dinamiche più recenti dei comportamenti riproduttivi, anche in relazione con la crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro. Elaborando i dati raccolti in queste indagini, nel 2014 è stato pubblicato il report “Avere figli in Italia negli anni 2000. Approfondimenti dalle indagini campionarie sulle nascite e sulle madri”.

Dal report emerge che nel 2012 il 22,4% delle madri occupate all’inizio della gravidanza non lo era più a due anni dalla nascita del figlio. Nel 2005 tale percentuale era del 18%.

Tra le madri che non lavoravano più: il 52,5% ha dichiarato di essersi licenziata o di aver interrotto l’attività che svolgeva come autonoma; il 25% circa ha subito il licenziamento; per il 20% circa si è concluso un contratto di lavoro o una consulenza; il 3,6% è stata posta in mobilità. Il report mostra che il rischio di lasciare o perdere il lavoro con la maternità vede una profonda differenza territoriale: al Sud è il 33,9% delle madri che a 2 anni dalla nascita di un figlio non ha più un’occupazione, contro il 16,3% nel Nord-ovest⁶.

Già questi pochi dati denunciano un problema strutturale, legato ad aspetti demografici, sociali e culturali, quali l’invecchiamento della popolazione, l’incremento di patologie croniche, la disparità di genere nelle responsabilità di cura. La soluzione al problema delle lunghe assenze e la necessità di facilitare il Rtw fa emergere chiaramente la necessità di una promozione della salute che va oltre il *workplace*. Questo vale sia per le assenze determinate dall’insorgenza di malattia sia per quelle connesse alla difficoltà di conciliare vita privata e vita lavorativa, poiché in entrambe le situazioni ciò che rischia di venire meno è il benessere del lavoratore e quindi la sua condizione stessa di salute.

La Carta di Ottawa sulla promozione della salute del 1986 riconosce come quest’ultima debba diventare parte integrante di tutte le politiche, non riducendosi ad un ambito prettamente sanitario.

Un problema di salute si traduce facilmente in un problema sociale ed economico, così come queste due sfere finiscono per impattare sullo stato di salute di ognuno di noi. E come ha ben messo in luce una ricerca dell’Eurofound sui lavoratori che affrontano una patologia cronica, il tema del Rtw ha una stretta connessione col problema di esclusione sociale a cui i lavoratori vanno incontro nell’assenza di strategie di supporto al reintegro (Eurofound, 2004). Solo riconoscendo la

⁶ Istat (2014), pp. 26-31.

centralità di tale rischio, estendibile anche ai lavoratori *caregiver* che non riescono a conciliare lavoro e famiglia, diventa chiara la necessità di una politica di ampio respiro che affronti in maniera integrata il problema del Rtw nelle molteplici dimensioni coinvolte: sanità, inclusione sociale, occupazione, disabilità, invecchiamento attivo, pari opportunità, previdenza sociale.

3. Come il problema del Rtw entra nell'agenda delle *policy*

Il tema del rientro al lavoro dopo lunga assenza entra di recente nell'agenda politica di molti paesi, principalmente come sotto capitolo di un più generale problema accentuato dalla recente crisi economica, quello della ridefinizione del welfare e di una razionalizzazione delle spese dei sistemi di protezione sociale.

Nella già citata indagine dell'Eurofound del 2004 sulle *policy* di alcuni paesi membri dell'Ue⁷ relative al Rtw delle persone con problemi di salute e al contenimento del rischio di uscita anticipata dal lavoro, emerge, quasi come unica forma d'intervento, un'azione di tipo burocratico con la riorganizzazione e l'irrigidimento delle procedure amministrative per i criteri di accesso ai benefit connessi alla disabilità e il potenziamento delle modalità di monitoraggio, piuttosto che l'attivazione di misure che supportino il Rtw. Questa strategia rimane pressoché invariata e viene riconfermata in un successivo report sul Rtw dell'Eu-Osha (2016). In questa nuova panoramica sulle politiche di Rtw, paesi come l'Italia, la Germania, la Polonia, l'Austria, l'Olanda e il Lussemburgo registrano tra il 2003 e il 2008 una importante riduzione della spesa sociale per le pensioni di invalidità e le altre prestazioni connesse alla riduzione delle capacità lavorative e al pensionamento anticipato. Dietro questa riduzione si possono certo vedere gli effetti di un miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza sul lavoro ma anche di un restringimento dei criteri di accesso ai benefit. Un effetto collaterale di questo restringimento, laddove questa strategia è l'unica implementata per contenere il rischio che la disabilità sfoci in lunghe assenze e nell'uscita anticipata dal mondo del

⁷ L'indagine in questione è stata fatta in sette paesi membri: Finlandia, Germania, Irlanda, Italia, Svezia, Gran Bretagna, Paesi Bassi.

lavoro, è però una sorta di presenzialismo forzato in cui, soprattutto in un momento di grave crisi economica, il pericolo è che i lavoratori pur soffrendo di importanti patologie continuino a lavorare, peggiorando il proprio stato di salute e raggiungano così forme di disabilità più gravi e invalidanti (Eu Osha, 2016).

L'irrigidimento e il restringimento di copertura dei sistemi di protezione sociale sta dentro un importante processo di riforma di questi ultimi e in generale di tutto l'apparato delle politiche sociali che si è avuto a partire dagli anni '80, quando la crisi petrolifera del decennio precedente e la caduta del tasso di crescita dei paesi occidentali ha messo fine al regime di welfare statale keinesiano. Ad esso è subentrato quello che la gran parte della letteratura definisce 'welfare neoliberale' in cui nel contrastare i rischi di esclusione sociale generati dalle modalità di produzione, la responsabilità si sposta gradualmente dallo Stato agli individui (Martinelli, 2017, pp. 18-20).

Questi ultimi, anche nelle condizioni di maggiore fragilità, sono considerati capaci, con adeguate azioni di *empowerment*⁸, di trovare il proprio percorso di integrazione.

Partendo da questa visione, la strategia per contenere povertà e disoccupazione sposta il suo focus dall'assistenza sociale alla promozione dell'occupazione e, con la retorica del *social investment*, le politiche sociali ritrovano una nuova legittimazione, ponendosi come fattore di produzione, poiché è loro il compito di affrontare i bisogni dei cittadini nell'ottica di renderli una forza lavoro competitiva (Martinelli, 2017).

Questa traiettoria risulta particolarmente importante per le persone affette da disabilità e malattie croniche laddove, come riscontrato da un report dell'Oecd (2010), gli Stati si ritrovano di fronte ad una platea crescente di potenziali beneficiari di sussidi. Come l'Oecd tuonava già in un precedente report, occorre *trasformare la disabilità in abilità*⁹ e passare ad un approccio orientato alle politiche attive per l'occupazio-

⁸ L'accento *sull'empowerment* rischia, come si vedrà più avanti rispetto all'enfasi sulla promozione di uno stile di vita sano, di porre un eccessivo carico sulla responsabilità individuale. Come evidenziato da Rose, *empowerment «codes the subjective substrate of exclusion as lack of self-esteem, self-worth, and the skills of self-management necessary to steer oneself as an active individual in the empire of choice»* (Rose, 2000, p. 334).

⁹ È questo il titolo di un report del 2003 dell'Oecd: *Transforming Disability into Ability*.

zione piuttosto che focalizzarsi sull'erogazione di prestazioni monetarie per il sostegno al reddito. In questo scenario la riabilitazione finalizzata all'ingresso, al mantenimento e al rientro al lavoro diventa la principale linea che gli Stati dovrebbero seguire nelle politiche di integrazione dei cittadini con disabilità (Oecd, 2010).

4. A chi (non) si rivolgono le politiche sul Rtw

Ma chi sono i disabili contemplati dalle *policy* sul Rtw? E solo loro rischiano un'uscita anticipata dal mondo del lavoro e quindi un rischio di esclusione sociale? Le risposte a queste domande svelano il livello di percezione del problema che è il presupposto, come evidenziato da Giuliani, per la definizione delle politiche.

Nel 2004 il report Eurofound aveva denunciato come nei paesi europei ci fosse una visione miope e anacronistica dei problemi di salute dei lavoratori. L'indagine sottolineava come il rischio di questi ultimi di ritrovarsi in uno stato di disabilità risultasse sempre più determinato dall'insorgenza e dalla cronicizzazione di patologie fisiche e psichiche piuttosto che dal verificarsi di eventi traumatici o dalla presenza di malattie congenite a cui i sistemi di protezione sociale sembrano meglio rispondere (Eurofound, 2004).

Le politiche tendono poi a creare discriminazioni nella tutela dei lavoratori affetti da patologie rispetto al momento in cui la situazione invalidante si manifesta nel proprio percorso lavorativo.

Nella maggior parte dei welfare occidentali le politiche sociali si focalizzano sulla promozione dell'occupazione, con norme e fondi per sostenere l'inserimento lavorativo dei soggetti più fragili. Ma una volta dentro, lo Stato sembra arretrare sul fronte dei sistemi di protezione sociale, riflettendo la convinzione che il mercato del lavoro, e quindi i datori di lavoro, abbiano di per sé le capacità necessarie per risolvere i problemi di assenza per malattia (Seing *et al.*, 2015).

In Italia troviamo la legge 68/1999 che stabilisce e regola obblighi d'assunzione di persone con disabilità nel mondo del lavoro, istituendo anche un fondo a cui le imprese possono attingere per realizzare accomodamenti ragionevoli nell'organizzazione lavorativa, funzionali al mantenimento dell'occupazione del lavoratore con disabilità.

Per il reinserimento lavorativo troviamo invece un insieme di misure e tutele *ad hoc* nel caso di persone con “disabilità da lavoro”.

La legge n. 190 del 23 dicembre 2014 ha attribuito le relative competenze in materia all’Inail. L’Istituto può concretamente intervenire co-finanziando progetti di reinserimento messi in atto dal datore di lavoro per permettere al lavoratore, che ha subito un infortunio o una malattia professionale, di continuare a lavorare qualora ne abbia idoneità¹⁰.

Lo spazio d’intervento è invece molto più ristretto e spigoloso qualora un lavoratore, per cause extra-lavorative, accusi problemi di salute che rendono difficoltosa la ripresa lavorativa. Dai dati abbiamo visto come siano in aumento le assenze per malattia di durata superiore a 180 giorni e come in generale vi sia un aumento delle malattie croniche.

Queste ultime soffrono innanzitutto della mancanza di un adeguato riconoscimento. In Italia è la disabilità ad essere oggetto di specifiche norme da cui derivano una serie di diritti e tutele, mentre per la malattia cronica vi è la «mancanza di una regolazione *ad hoc* nell’ordinamento giuridico italiano, situazione che dà luogo a una grande incertezza giuridica quando si tratta di determinare quali sono i diritti specifici dei lavoratori affetti da malattie croniche» (Fernández Martínez, 2017, p. 91).

I malati cronici e le loro esigenze connesse al mondo del lavoro rappresentano “una nuova frontiera per i sistemi di welfare” come ha ben messo in luce il giuslavorista Michele Tiraboschi in una sua articolata pubblicazione, evidenziando la necessità di superare un sistema previdenziale caratterizzato da «modelli astratti e standardizzati di valutazione della prestazione di lavoro ereditati da un quadro giuridico-istituzionale edificato in funzione dei fabbisogni (produttivi e orga-

¹⁰I datori di lavoro per facilitare il rientro al lavoro dei propri dipendenti possono infatti ottenere finanziamenti per l’abbattimento di barriere architettoniche nei luoghi di lavoro, per interventi di adeguamento e di adattamento delle postazioni di lavoro, per attività di formazione e tutoraggio utili ad assicurare lo svolgimento della stessa mansione o la riqualificazione professionale. Si veda a tal proposito il “Regolamento per il reinserimento e l’integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro” pubblicato nel 2016 e successivamente aggiornato, con cui l’Inail specifica le modalità di intervento per il Rtw. Regolamento e relative circolari di approfondimento sono disponibili su <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prestazioni/prestazioni-di-reinserimento-sociale-e-lavorativo/reinserimento-lavorativo-delle-persone-con-disabilit-da-lavoro.html>, ultima visualizzazione 29/1/2021.

nizzativi) della fabbrica fordista» (Tiraboschi, 2015, p. 24). La destrutturazione delle imprese e la frantumazione dei cicli lavorativi hanno tra i loro effetti la difficoltà di mettere in atto programmi di prevenzione integrati, di fronte anche ad un riconfigurarsi delle mappe di rischio relative alla sicurezza e alla salute di chi lavora (Gosetti, 2012) laddove si registra «un forte addensamento di fattori di rischio psico-sociale (precarietà, turni, orari, ritmi, carichi di lavoro, pendolarismi, relazioni interpersonali, ecc.) che sono divenuti la cornice costante di quelli più specifici, coi quali interagiscono»¹¹ (Ivi, p. 8).

La disabilità connessa a disturbi relativi allo stress è ovunque in crescita, rappresentando in molti stati la principale causa di lunghe assenze dal lavoro. Tuttavia, una persistente rappresentazione della malattia e della salute come aspetti legati alla sola dimensione fisica e immediatamente visibile degli individui, rende deboli e limitate le strategie di prevenzione e di rientro al lavoro focalizzate sulla salute mentale (Eurofound, 2004), lasciando quindi senza adeguati supporti una fetta rilevante di lavoratori. Tale lacuna viene riscontrata ancora nel report EU OSHA del 2016.

Come emerso sia nel caso della maternità (Istat) che nel caso di assistenza a disabili adulti (Censis) anche per i *caregiver* l'attività di cura impatta sulla propria situazione lavorativa fino al non rientro.

Quello che viene infatti pesantemente minacciato in questa situazione è il *work-life balance*, uno dei venti principi chiave del pilastro europeo dei diritti sociali nonché una delle dimensioni fondamentali dei programmi di promozione della salute, a cominciare da quello emanato dalla Asl di Bergamo che in Italia ha rappresentato un'avanguardia¹².

¹¹ La frase è ripresa dalla presentazione del libro di Gosetti (2012) che è stata curata dal Coordinamento Area Prevenzione Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (Apsal) dell'Azienda Usl di Bologna.

¹² Come si evince dal sito ufficiale <http://www.whpbergamo.it/> «Il programma WHP è stato ideato e sperimentato a Bergamo dall'Azienda Sanitaria Locale e dall'articolazione locale di Confindustria, con il patrocinio delle parti sindacali e di diversi partner istituzionali e scientifici. In particolare, il modello prevede un accreditamento annuale con il conferimento dello speciale titolo di “Luogo di lavoro che promuove la salute”, assegnato a nome della Rete Europea ENWHP». Il programma prevede un percorso, costituito da vari step, che permette ad una organizzazione lavorativa di diventare un luogo di lavoro che favorisce le scelte di salute attraverso la realizzazione graduale di “Buone Pratiche”, ossia attività che risultano efficaci per migliorare la salute dei lavoratori. Il programma, che deve orientare l'attivazione di

I soli piani d'intervento sulla sfera motivazionale e delle competenze (*coaching, tutoring, etc.*) che molte aziende mettono in atto per supportare il rientro al lavoro del *caregiver* coprono solo in parte le necessità e spostano su un piano d'azione e responsabilità individuale un problema i cui fattori sono connessi a dimensioni sovra-individuali.

Una di queste è senza dubbio quella delle politiche pubbliche rivolte alle persone non autosufficienti e ai disabili che, nei bisogni di cura lasciati scoperti e quindi affidati ai familiari, ne influenzano la possibilità di lavorare (Saraceno, 2010). Per i *caregiver*, e per le donne in particolare, si registrano infatti tassi di partecipazione diversa al mercato del lavoro in base ai sistemi di welfare dei paesi di appartenenza. La conciliazione tra l'assistenza ad una persona non autosufficiente e la possibilità di partecipare al mercato del lavoro appare infatti più facilmente realizzabile nei paesi del Nord Europa rispetto a quelli del Sud. Il più alto tasso di occupazione femminile nei primi rispetto ai secondi, anche nelle fasce d'età più avanzate, sembra determinato dalla congiuntura tra la presenza di servizi di cura estesi e di alta qualità e la non rigida divisione di genere nelle responsabilità di cura (Bouget, Saraceno e Spasova, 2017).

Come ha sottolineato Marina Piazza, dopo aver raccolto la testimonianza di diverse donne che hanno vissuto il conflitto tra lavoro e maternità, si deve insistere sulla con-divisione ancor prima che sulla conciliazione, puntando ad una partecipazione diretta e ad una co-responsabilità degli uomini nella vita familiare (Piazza, 2009).

In Italia è la legge 53 del 2000 che, prendendo coscienza della necessità di una maggiore condivisione tra uomini e donne dei tempi della cura e della difficoltà di conciliazione di questi con i tempi del lavoro, istituisce provvedimenti cruciali tra cui il diritto autonomo dei padri al congedo, indipendentemente dalla situazione lavorativa della madre e dalla sua scelta di utilizzare il proprio diritto al congedo opzionale. E, considerando la necessità di attuare strategie che facilitino il reinserimento lavorativo dei *caregiver*, all'articolo 9 si stabilisce

buone pratiche, tocca sei tematiche: promozione alimentazione sana, promozione attività fisica, contrasto alle dipendenze, sicurezza stradale e mobilità sostenibile, contrasto al fumo di tabacco, promozione del benessere personale e sociale, conciliazione tra vita e lavoro. Tale modello, ideato nel 2010, è stato adottato dalla Regione Lombardia.

l'impiego di fondi pubblici da destinare alle imprese per misure di conciliazione, tra cui flessibilità oraria e programmi di formazione volti al reinserimento al lavoro dopo il congedo¹³. Come si evince da un'analisi specifica del *frame* aperto da questo articolo, intensa è stata la risposta delle imprese nel presentare progetti rispetto alle finalità coperte dall'art 9 l. 53/2000, eccedendo di molto le risorse stanziare dal governo. Nel commentare la ratio dell'articolo 9 si è riconosciuto come questo dovesse fare da apripista ad un provvedimento strutturale e non più affidato alla logica dei bandi (Petrossi, 2014). Tuttavia, il sostegno al rientro al lavoro per i *caregiver* continua ad essere legato ad interventi spot e soprattutto affidato all'attivazione di forme di welfare aziendale¹⁴, principale declinazione della responsabilità sociale d'impresa (Rsi) in Italia (Bassoli e Graziano, 2009).

Ma in un'attenta analisi sullo sviluppo e la diffusione del welfare aziendale l'Inapp ha mostrato alcune significative storture che creano disuguaglianze nella platea dei lavoratori beneficiari. Tra queste vediamo: sviluppo di forme di welfare aziendale concentrate al centro nord rispetto al sud Italia; grande impresa protagonista del welfare rispetto alla piccola e media industria; prestazioni essenzialmente su misura per il lavoratore con contratto a tempo indeterminato e con esigue forme di copertura rivolte anche ai lavoratori a tempo determinato o in mobilità; dirigenti e quadri che godono di un'ampia gamma di prestazioni e servizi e che prediligono molto più massicciamente interventi tradizionali e sociali di welfare (quali ad esempio previdenza e sanità

¹³ L'art. 9 della l. 53/2000 s.m.i. prevede «interventi ed azioni comunque volti a favorire la sostituzione, il reinserimento, l'articolazione della prestazione lavorativa e la formazione dei lavoratori con figli minori o disabili a carico ovvero con anziani non autosufficienti a carico».

¹⁴ Il welfare integrativo delle imprese trova il suo spazio di definizione nella contrattazione collettiva di secondo livello che, grazie alla regolazione e ai diversi incentivi offerti dal governo sottoforma di agevolazioni fiscali, vede una crescita rilevante negli ultimi anni, in particolare dopo la legge di Stabilità 2016 che amplia il ventaglio delle misure e le modalità con cui per le imprese è possibile ottenere agevolazioni. L'Osservatorio sulla contrattazione di secondo livello registra proprio un aumento di quelle contrattazioni che hanno inserito al loro interno misure di welfare, passando dal 23% dei contratti del 2015/16 al 38% nel 2018 (Santoni, 2017). L'aumento della contrattazione collettiva di secondo livello, meglio tarata sui bisogni specifici dei lavoratori in ogni azienda, e la sua sempre maggiore attenzione all'attivazione di misure di welfare, rappresentano un trend positivo in Italia.

integrativa) rispetto agli impiegati e agli operai, che sovente utilizzano i più generici benefits per alleviare la spesa familiare (Inapp, 2019, p. 35).

Si rischia così che laddove l'attivazione di servizi, quali le misure di conciliazione e le strategie per facilitare il rientro da un lungo congedo per motivi assistenziali, vengano prevalentemente lasciati alla sola contrattazione aziendale si accentuino quei divari già presenti nella struttura del welfare pubblico, anziché limitarli.

La maggior parte dei paesi europei si è attrezzata per mettere in atto strategie di conciliazione focalizzandosi soprattutto sui lavoratori più giovani che vanno incontro al ruolo genitoriale. La stessa letteratura sulla *work-family reconciliation* o sul *work-family balance* sembra privilegiare questo target. Nei paesi anglofoni, dove sin dagli anni '70 il tema della cura è stato esplorato anche sul versante dell'assistenza a persone disabili e anziane, raramente però, per questa tipologia di *caregiver*, si è indagato il problema della conciliazione tra il lavoro di cura e quello retribuito (Kroger e Yeandle, 2013).

Un nuovo ordine del discorso ha iniziato a delinarsi intorno al 2016 quando la Commissione Europea in diversi documenti e iniziative sul *work-life balance* amplia il target di riferimento delle *policy* rivolgendosi a uomini e donne che assistono persone non autosufficienti, indipendentemente dall'età di questi ultimi e non focalizzandosi quindi solo sulle madri che si occupano di bambini¹⁵. Dietro c'è l'esigenza di recuperare questa fetta sempre più rilevante di forza-lavoro che non riesce a entrare o a mantenere la propria posizione nel mercato del lavoro. Ma altrettanto determinato è l'invito dell'Ue a razionalizzare la spesa sociale connessa all'assistenza continuativa dei soggetti più fragili. Le politiche europee e nazionali si dividono così tra due obiettivi diversi: quello di sostenere un modello di *work-life balance* che permetta ai *caregiver* di rimanere nel mercato del lavoro e quello di reclutarli quali principali *provider* di cura laddove la necessità di contenere la spesa sociale comporta la riduzione e rimodulazione dei

¹⁵ Si veda in particolare il *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability dell'Economic Policy Committee-European Commission* del 2016, che può considerarsi una pietra miliare nell'ordine del discorso delle politiche dell'Ue sul ruolo dei *caregiver* e sulle nuove traiettorie dell'assistenza continuativa delle persone non autosufficienti (Bouget, Saraceno e Spasova, 2017).

servizi assistenziali pubblici (Bouget, Saraceno e Spasova, 2017).

Anche quegli Stati meglio disposti alla *de-familisation* delle attività di cura tendono ad adottare politiche assistenziali che sembrano dare per scontata la presenza di un familiare al quale fare riferimento nell'organizzazione e gestione dell'assistenza, senza considerare l'impatto di questa responsabilità sul loro benessere (Saraceno, 2010). Lo stesso processo di deistituzionalizzazione e promozione delle cure domiciliari nell'assistenza ai non autosufficienti, se non adeguatamente sostenuto con dei servizi capaci di coprire nelle 24 ore i bisogni degli utenti, rischia di accrescere il carico di cura dei *caregiver*. Inoltre, in un welfare sempre più orientato, anche nei paesi nordici, all'erogazione di *voucher* con cui gli utenti diventano "consumatori" (Anttonen, *et al.*, 2013) a cui è tutelata quasi come prioritaria la libertà di scelta per comprare servizi sul mercato (*marketisation del welfare*), è facile immaginare come una persona non autosufficiente debba inevitabilmente appoggiarsi a un familiare che si attivi nella valutazione, acquisto e *management* dei servizi necessari per la cura.

L'invecchiamento della popolazione e l'incremento di patologie croniche si traducono quindi in un rischio di uscita anticipata dal mondo del lavoro e d'impoverimento ed esclusione sociale tanto per chi si ammala quanto per chi se ne deve prendere cura.

5. Considerazioni finali

Dall'analisi fin qui fatta, le politiche pubbliche si muovono sul versante del Rtw in maniera miope, non riconoscendo la complessità del target a cui dovrebbero rivolgersi; in maniera marginale e indiretta, scaricando sul welfare aziendale la ricerca di soluzioni; in maniera collaterale e quasi punitiva, puntando a ridurre e irrigidire l'accesso a quelle indennità a cui i lavoratori potrebbero ambire rinunciando al rientro al lavoro. La possibilità del rientro al lavoro appare una partita che si gioca quasi esclusivamente dentro le mura dell'azienda, lasciando alle responsabilità del singolo, datore da una parte e lavoratore dall'altra, la ricerca di soluzioni. Questo meccanismo sembra il riflesso di un più generale ordine del discorso che si sta sviluppando introno alla Whp. L'espressione "promozione della salute" viene ufficialmente coniata nel 1974 nel documento citato come il Rapporto

Lalonde, prendendo il nome dell'allora Ministro della Salute e dell'Assistenza del governo canadese. In esso si sottolineava la necessità di un approccio multidimensionale sul tema della salute pubblica, riconoscendo la necessità di porre attenzione alle determinanti sociali e ambientali della salute. Tuttavia, tale espressione nel tempo sembra essersi scardinata da quel campo semantico, finendo per rappresentare un concetto strettamente legato ai comportamenti e alle responsabilità individuali (Galvin, 2002, p.109).

Crescente è l'accento posto sullo stile di vita sano, che in ambiente lavorativo si può tradurre in iniziative innovative del datore di lavoro nell'organizzazione di tempi e spazi di lavoro, mentre ai lavoratori è chiesto di armarsi di buon senso e buona volontà per aderire a programmi di attività fisica o di sana alimentazione.

Se la presa di coscienza dell'importanza di uno stile di vita sano è indubbiamente un passo in avanti nella Whp, un'eccessiva focalizzazione su questo versante rischia da una parte di far interpretare la malattia come la conseguenza di attitudini e comportamenti personali scorretti e dall'altra finisce per mettere in secondo piano le determinanti sociali della salute e quelle politiche che ad esse sono connesse, creando un ribaltamento nella logica delle responsabilità (ivi, p. 112).

Di fronte alla necessità di allargare la prospettiva in cui inquadrare delle strategie che facilitino il Rtw e in generale rendere più efficace la Whp, sarà interessante studiare un nuovo approccio che va sotto il nome di *Total Worker Health* (Twh), promosso dal *National Institute for Occupational Safety and Health* (Niosh) degli Usa. Tale approccio, nel sostenere la promozione del benessere dei lavoratori, ha come presupposto l'integrazione, nella ricerca, nella pratica, nelle *policy* e nel *capacity building*, delle molteplici sfere individuali e sovraindividuali che influenzano le condizioni di lavoro (Tamers *et al.*, 2019). In Italia lo stesso "Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025" del Ministero della Salute riconosce la necessità di progettare interventi in questa nuova cornice.

Muovendosi su un piano più immediato e ristretto, risulta infine utile sottolineare la necessità di indagare, soprattutto per il contesto italiano, quanto messo a punto sul tema del Rtw a livello regionale.

La crescente autonomia delle Regioni nelle politiche sociali (si veda ad es. Ferrera, 2008) e l'impegno di molte di esse nel sostenere concretamente le organizzazioni lavorative verso forme di responsa-

bilità sociale (Bassoli e Graziano, 2009), ne fanno un ambito di ricerca determinante per individuare possibili nuovi approcci nelle *policy* di Whp e Rtw.

Riferimenti bibliografici

- Anttonen A., Meagher G., Vabø M., Christensen K., Jacobsen F.F., Trøttestad H.D., Banerjee A., Armstrong P., Harrington C., Erlandsson S., Storm P., Stranz A., Szebehely M., Trydegård G.-B., Karsio O., Bertelsen T.M. and Rostgaard T. (2013), *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*, Stockholm studies in social work, vol. 30, Stockholm University, Stockholm.
- Bassoli M., Graziano P. (2009), *Promuovere la responsabilità sociale. Le politiche pubbliche di promozione della responsabilità sociale d'impresa: il caso italiano*, FrancoAngeli, Milano.
- Bouget D., Saraceno C., Spasova S. (2017), *Towards new work-life balance policies for those caring for dependent relatives?*, in Vanhercke B., Sabato S., Bouget D., eds., *Social policy in the European Union: state of play 2017*, European Trade Union Institute (ETUI) and European Social Observatory (OSE), Brussels.
- Censis (2017), *La gestione della cronicità: il ruolo strategico del caregiver. Il quadro generale ed un focus sul Parkinson – Sintesi dei Risultati*, intervento presentato a Roma, 21 novembre 2017, testo disponibile al sito: http://www.condicio.it/allegati/323/Caregiver_Parkinson_Sintesi2017.pdf, 20/1/2021.
- Economic Policy Committee–European Commission (2016), “Joint Report on Health Care and Long Term Care Systems and Fiscal Sustainability”, *Institutional Paper*, 37, testo disponibile su: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en, 29/01/2021.
- European Agency for Safety and Health at Work – Goldenman, G., and Murphy, G., eds. (2016), *Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, testo disponibile su: <https://osha.europa.eu/en/publications/rehabilitation-and-return-work-analysis-report-eu-and-member-states-policies-strategies/view>, 29/01/2021.
- European Commission (2014), “The 2015 Ageing Report — Underlying Assumptions and Projection Methodologies”, *European Economy*, 8, Directorate-General for Economy and Financial Affairs, European Union, testo disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2014/pdf/ee8_en.pdf, 29/1/2021.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2004), *Employment and disability: Back to work strategies*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg; testo disponibile su: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publica

- tion/field_ef_document/ef04115en.pdf, 29/01/2021.
- Fernández Martínez S. (2017), *Equiparazione malattie croniche e disabilità: una via per riconoscere maggiori tutele ai malati cronici?*, in Fernández Martínez S., Tiraboschi M., a cura di, *Lavoro e malattie croniche*, ADAPT University Press, Modena, testo disponibile al sito: https://iris.unimore.it/retrieve/handle/11380/748449/154475/ebook_vol_64.pdf, 20/01/2021.
- Ferrera M. (2008), “Dal welfare state alle welfare regions: la riconfigurazione spaziale della protezione sociale in Europa”, *La rivista delle politiche sociali*, 3: 17-49.
- Galvin R. (2002), “Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: towards a genealogy of morals”, *Health*, 6, 2: 107-137.
- Giuliani M. (1996), “Politica pubblica”, in Capano G., Giuliani M., a cura di, *Dizionario di politiche pubbliche*, Nis, Roma.
- Gosetti G. (2012), *Lavoro frammentato, rischio diffuso. Lavoratori e prevenzione al tempo della flessibilità*, FrancoAngeli, Milano.
- Inapp, Nicoletti P. (2019), *La contrattazione collettiva di secondo livello in materia di responsabilità sociale d'impresa*, Roma, testo disponibile al sito: <http://oa.inapp.org/xmlui/handle/123456789/643>, 29/1/2021.
- International Social Security Association (2013), *Guidelines on Return to Work and Reintegration*, International Social Security Association, Switzerland.
- Istat (2014), *Avere figli in Italia negli anni 2000. Approfondimenti dalle indagini campionarie sulle nascite e sulle madri*, testo disponibile al sito: https://www.istat.it/it/files//2015/02/Avere_Figli.pdf, 20/01/2021.
- Kroger T., Yeandle S. (2013), eds., *Combining Paid Work and Family Care: Policies and Experiences in International Perspective*, Policy Press, Bristol.
- Martinelli F. (2017), *Social services, welfare states and places: an overview*, in Martinelli F., Anttonen A., Mätzke M., eds, *Social Services Disrupted. Changes, Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity*, Edward Elgar Publishers, Cheltenham (UK).
- Ministero della Salute (2020), *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*, testo disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf, 29/1/2021.
- OECD (2003), *Transforming Disability into Ability*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OECD Publishing, Paris, testo disponibile su <https://doi.org/10.1787/9789264088856-en>, 29/01/2021.
- Petrossi F. (2014), *Un bilancio della sperimentazione dell'articolo 9 della legge 53 del 2000. Ripartire dalla ratio della norma, per liberarla da fraintendimenti e attese mal riposte* in Malfer L., Cittadino C., Franch M., Prandini R., a cura di, *Family audit: la certificazione familiare aziendale. Analisi di impatto*, FrancoAngeli, Milano.
- Piazza M. (2009), a cura di, *Attacco alla maternità: donne, aziende, istituzioni*, Nuovadimensione, Portogruaro (Ve).
- Rose N. (2000), “Government and control”, *British Journal of Criminology*, 40: 321-39.
- Santoni V. (2017), *Welfare aziendale e provider prima e dopo le Leggi di Stabilità*,

- in Maino F., Ferrera M., a cura di, *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2017*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino, testo disponibile su: https://secondowelfare.it/edt/file/Terzo_Rapporto_sul_secondo_welfare_in_Italia_2017_Versione_integrale.pdf, 29/01/2021.
- Saraceno C. (2010), “Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective”, *Journal of European Social Policy*, 20, 1: 32-44.
- Seing I., MacEachen E., Ekberg K., Ståhl C. (2015), “Return to work or job transition?: Employer dilemmas in taking social responsibility for return to work in local workplace practice”, *Disability and rehabilitation*, 37, 19: 1760-1769.
- Tamers S. L., Chosewood L. C., Childress A., Hudson H., Nigam J., Chang C. (2019), “Total Worker Health® 2014-2018: The Novel Approach to Worker Safety, Health, and Well-Being Evolves”, *International journal of environmental research and public health*, 16, 3: 321, <https://doi.org/10.3390/ijerph16030321>.
- Tiraboschi M. (2015), *Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, in Tiraboschi M., a cura di, *Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, Adapt University Press, Modena, testo disponibile al sito: https://iris.unimore.it/retrieve/handle/11380/1064802/66134/ebook_vol_36.pdf, 20/01/2021.

7. Confinamento e didattica online. *Gli effetti della pandemia sugli studenti universitari*

di Fabio Mostaccio

1. Introduzione

WHO has been assessing this outbreak around the clock and we are deeply concerned both by the alarming levels of spread and severity, and by the alarming levels of inaction. We have therefore made the assessment that COVID-19 can be characterized as a pandemic. Pandemic is not a word to use lightly or carelessly. It is a word that, if misused, can cause unreasonable fear, or unjustified acceptance that the fight is over, leading to unnecessary suffering and death (Who, 2020).

Con questo comunicato stampa, dopo lunghi giorni d'attesa, l'11 marzo del 2020 l'Organizzazione mondiale della Sanità eleva ufficialmente a pandemia la diffusione del virus da Covid-19.

Al di là dell'immediato senso di sconforto e di spaesamento (Migliorati, 2020), la crisi pandemica, riproponendo la questione della globalizzazione dei rischi (Beck, 2000), attribuisce una nuova centralità all'analisi dei condizionamenti di natura politica, economia e sociale sullo stato di salute e sui bisogni della popolazione mondiale. Paradossalmente, è grazie alla diffusione del coronavirus che è possibile mettere a fuoco tutti quegli elementi che caratterizzano l'approccio della salute globale: la relazione tra conoscenza, potere e disuguaglianze sanitarie globali; la stretta correlazione tra struttura sociale e salute – sia sul piano delle interconnessioni transnazionali sia all'interno delle singole nazioni – in termini razza, etnia, nazionalità, genere, ambiente e cultura; il ruolo dei movimenti e delle organizzazioni sociali coinvolti nella riduzione delle disuguaglianze in tema di salute globale (Harris e White, 2019). In altre parole, la pandemia costringe a un riassetto dei contorni dell'azione politica. Così, sotto la pressione

di scienziati, virologi ed epidemiologi che ne decretano l'urgenza, i governi dei singoli Stati, travalicando le norme e le prassi della democrazia parlamentare, si trovano a emettere provvedimenti draconiani per fronteggiare la condizione d'emergenza. L'uso dei dispositivi di sicurezza, il distanziamento fisico rappresentato come distanziamento sociale (Marchetti, 2020), le misure di contenimento fino alla condizione estrema del confinamento riconfigurano le libertà individuali, aprendo dibattiti anche accesi sull'eventuale trasformazione del concetto stesso di democrazia. L'Italia, da questo punto di vista, ha rappresentato un originale laboratorio di sperimentazione politica.

2. L'Italia in *lockdown*

Contestualmente alla dichiarazione di pandemia, il Governo italiano, che per primo in Europa si trova a fronteggiare l'emergenza sanitaria, attraverso il presidente del Consiglio Giuseppe Conte, emana il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm) n. 64/2020 (noto come il "Decreto #IoRestoaCasa") con il quale si decide la sospensione delle attività commerciali al dettaglio, le attività didattiche, i servizi di ristorazione, il divieto di assembramenti di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico. Qualche settimana dopo, il 22 marzo 2020, seguirà un nuovo Dpcm, ancora più restrittivo, con il quale si prevede la chiusura di tutte quelle attività ritenute non essenziali e si vieta a tutte le persone di spostarsi dalla propria residenza se non per comprovate esigenze lavorative o per cause di estrema urgenza: comincia ufficialmente il *lockdown*.

Fin dai primi provvedimenti, la gestione politica dell'emergenza pandemica, in Italia come altrove, si caratterizza per una forte espansione del potere esecutivo – esplicitato dal continuo ricorso ai Dpcm – a scapito delle prerogative parlamentari con un conseguente squilibrio del sistema dei pesi e dei contrappesi su cui poggiano i regimi liberal-democratici.

A una *leadership* governativa forte, inoltre, corrisponde una significativa riduzione delle libertà individuali. L'insieme delle limitazioni e tracciamento degli spostamenti dei cittadini, l'interruzione di tutte le attività economiche non essenziali, l'uso obbligatorio di mascherine e altri strumenti di contenimento della diffusione del virus, l'obbligo di

trattamenti sanitari, il divieto di assembramento (che si traduce nell'interdizione di qualunque forma di riunione), la sostituzione delle attività didattiche in presenza con quelle svolte a distanza, insinuano dubbi circa l'illiberalità delle azioni governative, al punto che si comincia parlare anche di Stato spia o Stato di Polizia (Bordignon *et al.*, 2020).

Certamente, da questo punto di vista, il dibattito più vivace è quello che, fin dalle prime battute, è stato animato da Agamben, il quale riprendendo la categoria dello "Stato di eccezione", elaborata da Schmitt (1972) e da lui ripresa (Agamben, 2005; Agamben, 2012), avrà modo di scrivere che l'uso spregiudicato del decreto-legge, come strumento per garantire l'igiene e la sicurezza pubblica, rappresenta la strada verso una vera e propria militarizzazione del paese: «Si direbbe che esaurito il terrorismo come causa di provvedimenti d'eccezione, l'invenzione di un'epidemia possa offrire il pretesto ideale per ampliarli oltre ogni limite» (Agamben, 2020).

A questa visione si contrappone quella di chi sostiene che per fronteggiare la pandemia il governo abbia fatto ricorso a un uso emergenziale del potere: a differenza di quanto avviene nelle condizioni di eccezionalità, la sospensione delle libertà dei cittadini, derivante dalla promulgazione delle leggi emergenziali, può essere impugnata in qualunque momento da tutti gli organi istituzionali preposti a garantire i diritti costituzionalmente riconosciuti (Corradetti, 2020). Come nota Viviani, «lo "stato di eccezione pandemico" ha ben poco a che fare con il concetto di sovranità come potere di decidere sullo stato di eccezione (...) e molto più con la tensione fra politica e gestione dell'emergenza, in cui ciò che rileva non è l'iper-politicizzazione costituente del *leader* quanto la "tecnicizzazione" della decisione politica come riconfigurazione del potere che si legittima in ragione di un sapere esperto» (Viviani, 2020, p. 293).

Ed è proprio nella credenza della legittimità dell'azione politica che è possibile comprendere come, in un momento di generale smarrimento, con un'opinione pubblica frastornata, si registra l'immediata disponibilità di buona parte cittadini ad accettare una severa riduzione delle loro libertà. Si tratta, certamente, di un atteggiamento dettato dalle contingenze: nonostante il rischio reale della tenuta democratica del paese, il pervasivo senso di insicurezza e di paura derivante dalla propagazione del virus, ha compattato gli italiani intorno alle istituzioni, concedendo al governo un livello altissimo di fiducia. Secondo

alcuni analisti, questo atteggiamento «riconducibile al processo di continuo adattamento della democrazia a situazioni diverse. Ne riflette la resilienza, la capacità di accettare compromessi, di mettere «in discussione» i propri valori, di aggiustare l'equilibrio tra essi senza mai comprimerli del tutto – comunque, senza mai portarli fuori dal controllo dei cittadini» (Bordignon *et al.*, 2020: p. 412).

3. La nuova normalità

La diffusione della pandemia da Covid-19 ha lasciato riaffiorare tutte le contraddizioni tipiche dei paesi ad economia avanzata. Con il *lockdown*, alcune categorie di lavoratori considerati marginali come badanti, commessi, addetti alle consegne a domicilio, braccianti agricoli, diventano improvvisamente essenziali e si ritrovano ad essere considerati *key workers*, alla stessa stregua del personale sanitario, senza per questo ottenere maggiori tutele.

Al di là della sua presunta forza livellatrice, la pandemia ha mostrato e talvolta rafforzato le diseguaglianze: non solo quelle direttamente connesse alla questione della salute globale, ma più in generale quelle politiche ed economiche a livello macro, meso e micro. La maggior parte delle persone è costretta a lavorare da casa, in *smart working*, aprendo così uno squarcio sulle diseguaglianze legate alle condizioni abitative e alla ridefinizione della sfera intima (Romeo, 2020), all'accesso alle nuove tecnologie, alle differenze di genere. Uno stravolgimento della vita quotidiana che ha portato alla necessità di ripensare al rapporto tra stato e mercato. Ciò è subito evidente per alcuni settori, a lungo trascurati, come la sanità e l'istruzione.

L'Università, in particolare, rappresenta una cartina al tornasole dei divari territoriali che la pandemia ha enfatizzato. L'introduzione dei principi del *New Public Management* sul sistema universitario, infatti, ha comportato una competizione sempre più aggressiva tra le università, che si contendono studenti, docenti e risorse economiche, a scapito di quelle sedi collocate nei territori più fragili del Paese.

Il confinamento ha catalizzato la rincorsa alla didattica online, che ha richiesto ingenti investimenti e che, in un quadro di generale peggioramento dell'insegnamento, ancora una volta, penalizza le università meridionali (Mastropaolo e Sciarrone, 2020).

In questo contesto, risulta assai interessante analizzare come si è modificata la vita quotidiana degli studenti universitari durante la prima fase del confinamento e quali sono state le conseguenze dell'isolamento e le sue conseguenze sul loro percorso di studi.

4. Gli studenti dell'Università di Messina in pandemia

Il 9 marzo del 2020, a ridosso dell'inizio del secondo semestre, a seguito delle disposizioni governative, anche l'Università di Messina è tenuta a interrompere tutte le attività svolte in presenza. Nei fatti, se ne sancisce la chiusura. Repentinamente, la *governance* di Ateneo predispose il trasferimento su piattaforma di tutti i servizi amministrativi e si mobilita per garantire, in tempi rapidi, lo svolgimento delle lezioni, degli esami di profitto e quelli di laurea per via telematica, contestualmente, attiva un servizio di supporto psicologico per gli studenti, visibilmente disorientati.

Il 27 marzo, con due settimane di ritardo rispetto al previsto, cominciano i primi corsi da remoto. Per la prima volta, personale amministrativo, docenti e studenti si trovano a confrontarsi strumenti e modalità inedite. In un momento nel quale la *routine* del quotidiano è completamente destrutturata, è apparso necessario provare ad analizzare le conseguenze dell'emergenza pandemica sulla vita degli studenti, le trasformazioni dei loro stili di vita, le loro percezioni, il modo in cui hanno reagito a questa inaspettata nuova condizione, le loro capacità organizzative e di adattamento, a partire dalla didattica online.

Note metodologiche

La ricerca esplorativa, dal titolo “*Lockdown e vita quotidiana. Gli studenti Cospecs ai tempi del Coronavirus*”, è stata condotta¹

¹ La ricerca, progettata in seno all'insegnamento di “*Altroeconomia e Progettazione Sociale*” del CdL in “*Servizio Sociale, Politiche Sociali, Studi Sociologici e Ricerca Sociale*” del Dipartimento Cospecs, è stata realizzata durante le attività di tirocinio degli studenti coinvolti. Il gruppo di ricerca, diretto da chi scrive, era costituito da Clelia De Maggio, Martina Mannino, Lorella Pillitteri, Maria Rotuletti e Giuseppe Virdone. L'analisi statistica dei dati è a cura di Massimo Mucciardi.

attraverso la realizzazione e la successiva somministrazione di un questionario online anonimo (tramite Moduli Google) agli studenti del Dipartimento di Scienze Cognitive, Psicologiche, Pedagogiche e Studi Culturali (Cospecs) dell'Università di Messina, nel rispetto della *privacy* e del codice etico. La ricerca è stata divulgata tramite il sito internet del Dipartimento e presentata agli studenti durante le ore di lezione dai docenti e/o dai coordinatori dei diversi corsi di laurea.

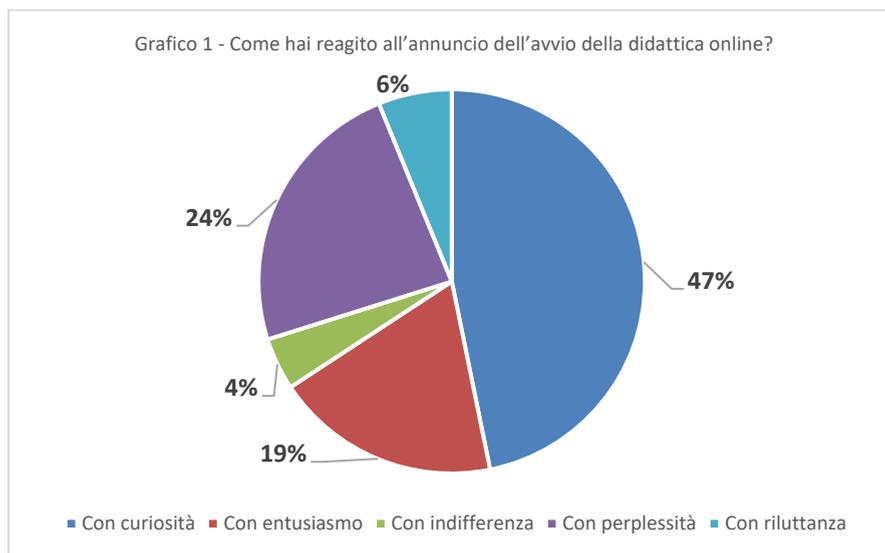
Il questionario è rimasto online dal 27 maggio al 18 settembre 2020 e ha raccolto 460 risposte (poco più del 10% del totale degli studenti iscritti), 455 delle quali ritenute valide. Il campione è casuale, non rappresentativo, la forte prevalenza di risposte pervenute da studentesse (89,9%), riflette la composizione di genere dell'intero corpo studentesco oggetto dell'indagine. La maggior parte degli intervistati, al momento dell'indagine aveva un'età compresa tra i 18 e 22 anni (51,2%), era costituita da studenti fuori sede o pendolari (76,9%), viveva con la propria famiglia di origine (91,4%) e dichiarava di considerare adeguati gli spazi abitativi a disposizione durante il confinamento (94,7%).

Il questionario era strutturato in quattro sezioni e comprendeva un totale di 60 domande a risposta multipla, più due aperte. La prima sezione ha affrontato l'impatto emotivo del *lockdown*, anche in relazione alla percezione del tempo e degli spazi in cui ciascun intervistato era costretto. La seconda sezione ha dato particolare rilievo alle opinioni degli studenti circa la didattica online e l'uso delle nuove tecnologie. La terza sezione ha riguardato il mutamento degli stili di vita degli studenti, dei loro consumi, della gestione del tempo libero e delle relazioni sociali. La quarta sezione è stata dedicata alla loro percezione del futuro. Le ultime due domande, a risposta aperta, riguardavano eventuali proposte e/o consigli da rivolgere al Dipartimento rispetto alle attività future. In questa sede, verrà analizzata, principalmente la sezione relativa alla didattica da remoto.

Lezioni a domicilio

Lo sconvolgimento iniziale provocato dalla proclamazione del *lockdown* non ha risparmiato neppure i giovani. Alla domanda circa le emozioni provate nell'immediatezza, la maggior parte degli intervistati ha dichiarato di aver provato prevalentemente forme intense di paura

(34,5%), di ansia (48%), e di tristezza (54%). Tuttavia, già al momento della comunicazione dell'inizio delle lezioni online, gli studenti hanno accolto questa notizia con sentimenti di maggiore apertura: il 47% con curiosità, il 19% con entusiasmo, il 24% con perplessità e solo il 6% con riluttanza (grafico 1).

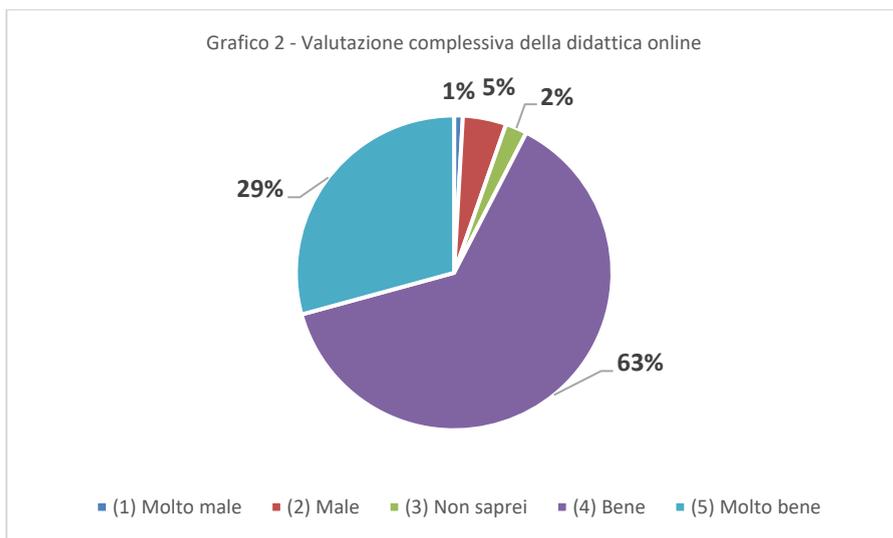


Anche l'impatto con le lezioni online, nel complesso, mostra un esito positivo: il 47% ha dichiarato di non avere avuto problemi, il 32% li ha avuti solo in una fase iniziale, mentre solo il 21% considera difficoltosa la didattica da remoto.

Nonostante la condizione di estrema urgenza con cui si è proceduto all'attivazione delle lezioni a distanza, l'esito complessivo sembra aver premiato lo sforzo dell'Ateneo di contenere quanto più possibile i disagi per gli studenti. L'unica domanda alla quale gli intervistati rispondono esprimendo un maggiore grado di perplessità è quella relativa alle attività di didattica integrativa (il ricevimento dei docenti, la stesura del lavoro di tesi, il tutorato etc.). In questo caso, per quanto il 31,4% si dichiara ampiamente soddisfatto e il 21,3% ritiene che questo tipo di attività svolta da remoto riduce l'imbarazzo di confrontarsi con i docenti, ben il 38,7% risponde che, per lo svolgimento di questo lavoro sarebbe più indicato una relazione in presenza, evidenziando un certo grado d'insoddisfazione che si va ad aggiungere a coloro che

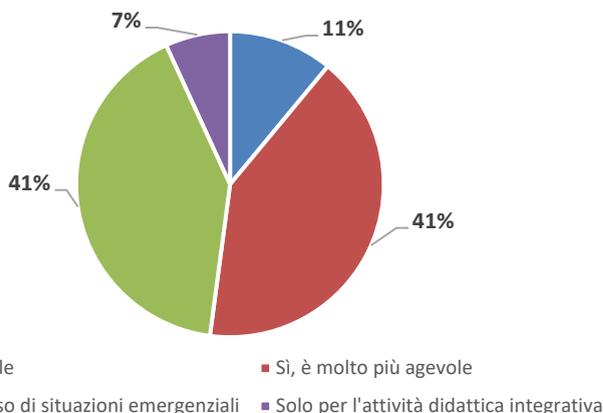
ritengono che questo tipo di modalità accentua il disagio nella relazione con gli insegnanti (5,9%) e di coloro che ritengono che la dimensione virtuale rende più difficile l'interazione (2,6%).

Alla domanda sulla valutazione complessiva della didattica a distanza, comunque, i giudizi espressi dagli intervistati sono molto positivi per 29% del campione, positivi per il 63%, mentre risulta negativo il giudizio per il 5%, molto negativo solo per l'1% (grafico 2).



Assai interessanti risultano le risposte relative alla domanda “Continueresti a seguire l'attività didattica con le stesse modalità anche il prossimo anno accademico?”. In questo caso, al di là di coloro che non lo rifarebbero (11%) o che preferirebbero utilizzare la piattaforma solo per la didattica integrativa (7%), il resto del campione si spacca esattamente a metà tra coloro che sarebbero disponibili a ripetere questa esperienza solo in caso di una nuova emergenza (41%) e coloro che sarebbero ben felici di mantenere l'attività da remoto (grafico 3). Quest'ultimo dato va inquadrato alla luce della composizione del campione, che evidenzia una forte presenza di studenti fuori sede (40,9%) e pendolari (36%) e appare piuttosto in linea con quanto emerge dalle risposte aperte del questionario, laddove moltissimi intervistati suggeriscono all'Ateneo il mantenimento della didattica online o eventualmente mista, poiché ritenuta “comoda” da coloro che non risiedono in città.

Grafico 3 - Continueresti a seguire l'attività didattica con le stesse modalità anche il prossimo anno accademico?



A una analisi complessiva delle risposte, l'esperienza della vita universitaria da remoto sembra aver funzionato. Gli studenti esprimono giudizi perlopiù positivi anche rispetto al servizio di biblioteca online (42,2% contro il 20% di giudizi negativi), di segreteria didattica e amministrativa (55,4% rispetto al 27% di insoddisfatti), ma anche dei rapporti tra colleghi (67,7% contro il 7,3%) e quelli con i docenti (93,2% rispetto a un giudizio negativo espresso dal 3,8% degli intervistati).

Il tema delle relazioni sociali è stato altresì esplorato con un'apposita domanda sulla capacità di mantenere rapporti con la propria rete amicale, nella sezione dedicata alla gestione del tempo libero. Anche in questo caso l'81,1% degli intervistati dichiara di avere mantenuto tutte o quasi tutte le relazioni sociali che aveva prima dell'isolamento grazie, in via principale, all'uso delle videochiamate (74,3%). Questo dato sottolinea, ancora una volta, come il distanziamento imposto dall'emergenza sia da considerarsi fisico e non sociale.

Rispetto alla percezione del futuro, inoltre, gli intervistati, evidenziando il buon grado di resilienza messa in atto durante la pandemia, confidano in un cambiamento in termini migliorativi: il 49,9% immagina che alla fine della pandemia qualcosa cambierà in meglio e il 7,9% si dichiara certo che tutto cambierà in positivo.

5. Considerazioni conclusive

Il periodo di *lockdown* è stato certamente uno “stato sociale eccezionale” (Marchetti, 2020), nel quale, come abbiamo visto, alcuni hanno ventilato il rischio per il Paese di una deriva illiberale. Lo sforzo collettivo per garantire il miglior funzionamento possibile – in condizioni estreme – di tutte le istituzioni di cui uno Stato si compone, riflette, tuttavia, le intrinseche capacità di adattamento della democrazia stessa.

Da questo punto di vista l’università italiana non solo ha concorso a garantire la sua funzione di formazione delle nuove classi dirigenti, ma anche continuato a rappresentare uno dei luoghi dove la democrazia viene quotidianamente esercitata e ri-costruita (Calenda e Leonardini, 2021).

Alla luce dell’esperienza vissuta dagli studenti intervistati, anche l’Università di Messina ha dato il suo contributo in quella direzione.

Il buon grado di soddisfazione per la didattica a distanza si registra un po’ ovunque, anche nel resto d’Italia (Ramella e Rostan, 2020), tuttavia, si aprono anche taluni nuovi interrogativi. In primo luogo, occorre capire che ruolo si vuol attribuire alla didattica online in seno alle università. Per quanto l’esperimento sembra essere riuscito, questo tipo di attività mal si concilia con quello che è o dovrebbe essere l’insegnamento universitario. Resta da capire, dunque, se i nuovi strumenti informatici, le modalità telematiche, le piattaforme vorranno essere utilizzate in sostituzione dell’insegnamento in presenza oppure come strumenti aggiuntivi, di supporto ad essa.

In secondo luogo, la pandemia riapre la questione dei finanziamenti alla ricerca e alle università. L’autonomia delle università e la competizione tra le sedi si è trasformata in un meccanismo perverso, nel quale a perdere non sono solo le università meridionali, ma l’intero sistema. Le università del Mezzogiorno, per contenere l’onda d’urto dell’emergenza da Covid-19, hanno dovuto dar fondo a tutte le risorse di cui disponevano, subendo un ulteriore contraccolpo in termini di ripresa. Da questo punto di vista, la pandemia può rappresentare l’occasione per rimettere in discussione delle politiche che nel lungo periodo mostrano con sempre maggiore evidenza la loro fallacia. Si tratta di scelte importanti dalle quali dipende il futuro dell’intero Paese.

Bibliografia

- Agamben G. (2020), “L’invenzione di un’epidemia”, in *Quodlibet*, 26 febbraio, <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>. (ultimo accesso 09/02/2021).
- Agamben G. (2012), *Stato di eccezione*, Bollati-Boringhieri, Torino.
- Agamben G. (2005), *Homo Sacer. Il potere e la nuda vita*, Einaudi, Torino.
- Beck U. (2000), *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci Editore, Roma.
- Bordignon F., Diamanti I., Turato F. (2020), “Il contagio delle opinioni. Cittadini e democrazia ai tempi del Coronavirus”, *Comunicazione Politica*, 3: 389-418. doi: 10.3270/98800.
- Calenda D., Leonardi L. (2021), “Melancholic but practising change. Italian students in times of isolation”, *Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali*, OpenLab on Covid-19. doi: 10.13128/cambio-10232.
- Corradetti C. (2020), “Stato di eccezione, stato di assedio o uso emergenziale del potere?”, “MicroMega- Il rasoio di Occam”, 15 maggio, <https://ilrasoiiodioccam-micromega.blogautore.espresso.repubblica.it/2020/05/15/stato-di-eccezione-stato-di-assedio-o-uso-emergenziale-del-potere/> (ultimo accesso 09/02/2021).
- Harris J., White A. (2019), “The Sociology of Global Health. A Literature Review”, *Sociology of Development*, 5 (1): 9-30. doi: <https://doi.org/10.1525/sod.2019.5.1.9>.
- Mastropaolo A., Sciarrone R. (2020), “L’università, la didattica online, il Mezzogiorno”, *il Mulino*, 24 luglio, https://www.rivistailmulino.it/news/newsitem/index/Item/News:NEWS_ITEM:5311 (ultima consultazione 09/02/2021).
- Marchetti M. C. (2020), *Distanziamento sociale, norme e istituzioni all’epoca del Covid*, in Marchetti M. C., Romeo A. (a cura di), *#NOIRESTIAMOACASA. Il mondo visto da fuori ai tempi del Covid-19*, Mimesis Edizioni, Milano-Udine.
- Migliorati L. (2020), *Un sociologo nella zona rossa. Rischio, paura, morte e creatività ai tempi di Covid-19*, FrancoAngeli, Milano.
- Ramella F., Rostan M. (2020), *Universi-Dad. La didattica a distanza degli accademici italiani durante il semestre Covid-19*, Working Papers CLB-CPS, Università di Torino.
- Romeo A. (2020), *Il mondo in una stanza. Vivere la quotidianità nello spazio e nel tempo della pandemia*, in Marchetti M.C., Romeo A. (a cura di) *#NOIRESTIAMOACASA. Il mondo visto da fuori ai tempi del Covid-19*, Mimesis Edizioni, Milano-Udine.
- Schmitt C., (1972), *Teologia politica*, in Miglio G., Schiera P. (a cura di) *Le categorie del “politico”*, il Mulino, Bologna.
- WHO, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- Viviani L. (2020), “Oltre la pandemia: l’immaginazione sociologica alla prova del nostro tempo”, *SocietàMutamentoPolitica. Rivista italiana di Sociologia*, 1(21): 281-295. doi: 10.13128/smp-11968.

Gli autori

Angela Bagnato, sociologa, collabora alle attività di ricerca sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro all'interno del Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale dell'Inail-Istituto nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro.

Donatella Barazzetti, sociologa, è docente di Politiche di pari opportunità all'Università della Calabria. Da alcuni anni si occupa di problematiche legate alla sofferenza psichiatrica e collabora con l'Associazione di familiari Solaris ODV-Roma.

Antonia Cava è professoressa associata di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento Cospecs dell'Università di Messina. Svolge attività di ricerca su pubblici televisivi, consumi culturali e immaginario mediale.

Sabrina Garofalo, dottore di ricerca in Politica, società e cultura, è componente del Centro di Women's Studies dell'Università della Calabria. Si occupa di studi di genere, sociologia delle migrazioni e di studi sulla criminalità organizzata e sulla violenza di genere.

Milena Meo è professoressa associata di Sociologia dei fenomeni politici presso l'Università degli Studi di Messina dove insegna Sociologia dei fenomeni politici e Sociologia politica e questioni di genere. Si occupa prevalentemente di temi di sociologia politica legati all'alterità, all'immaginario e alle questioni di genere.

Fabio Mostaccio è docente di Progettazione sociale e territoriale presso il Dipartimento Cospecs dell'Università di Messina. I suoi principali temi di ricerca riguardano il consumerismo politico e la condizione dei lavoratori migranti in agricoltura.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835123798

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835123798



Il tema della salute, come insegna l'attuale crisi pandemica, è un punto d'osservazione strategico per studiare questioni d'interesse della sociologia politica, a partire dal potere e dalle forme di esercizio del conflitto politico per arrivare alla legittimazione o alle trasformazioni della democrazia. Dentro l'orizzonte epistemologico della salute globale, e attraverso lenti macro e micro, il volume, che raccoglie contributi teorici ed empirici, affronta temi che oggi più che mai necessitano di essere studiati: gli effetti del neoliberismo sulle politiche di salute; il rapporto tra corpi, salute e potere; le disuguaglianze in salute; il diritto alla salute e la salute partecipata; la relazione tra salute e politiche del lavoro; il rapporto tra istituzioni e cittadini; le politiche di *recovery* e la qualità della vita delle soggettività. Una prospettiva fatta di studi ed esperienze che può contribuire a un'analisi sul rapporto tra salute e politica, divenuto centrale in un momento di profonde trasformazioni strutturali dei sistemi sociali contemporanei.

Antonella Cammarota è professoressa ordinaria di Sociologia dei fenomeni politici presso il dipartimento Cospecs dell'Università di Messina. Da anni si occupa di questioni di genere, minoranze etniche e salute globale, con particolare attenzione al rapporto tra salute e democrazia, alle nuove forme di partecipazione civica e al ruolo delle organizzazioni associative dinanzi alle trasformazioni del welfare, specialmente nell'ambito della salute mentale. Tra le sue pubblicazioni su questi temi: *Incolpevoli però... La famiglia nelle rappresentazioni degli operatori dei servizi di salute mentale* (Aracne, 2014, con D. Barazzetti e S. Carbone); "Ripensare le politiche di salute nell'era neoliberista. Welfare mix e sofferenza psichica. Quali spazi d'intervento per la società civile?", in *Società Mutamento Politica*, 11 (22), 2020 (con V. Raffa).

Valentina Raffa è sociologa presso il dipartimento Cospecs dell'Università di Messina. Si occupa di esclusione sociale e marginalità, di movimenti sociali e nuove identità politiche e della dimensione politica della salute, con uno sguardo al rapporto tra democrazia, salute e neoliberismo e alla relazione tra istituzioni (sociali e politiche) e soggettività. Tra le sue pubblicazioni su questi temi: *Identità croniche? La talassemia tra costruzione sociale ed esperienza biografica* (FrancoAngeli, 2016); "Thalassemic Women's Biographical Trajectory: Retracing Gender Inequalities in Health Policies", in Kronenfeld J.J. (ed.), *Underserved and Socially Disadvantaged Groups and Linkages with Health and Health Care Differentials* (Emerald Publishing, 2019).