

Transurbanza: la psicologia della salute nel paesaggio urbano postmoderno

Transurbance: health psychology in postmodern cityscape

Paride Braibanti

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università degli Studi di Bergamo.
paride.braibanti@unibg.it

Riassunto. La psicologia della salute si è prevalentemente caratterizzata per una prospettiva individualista e sociocognitivista che ne ha delimitato i confini e i campi di applicazione. Ciò ha finito per renderla meno sensibile sia ai determinanti socio-politici, economici e culturali e alle ineguaglianze, sia ai cambiamenti e alle spinte innovative che caratterizzano l'esordio del nuovo secolo. Occorre dotarsi di nuove prospettive epistemologiche e metodologiche per 'riterritorializzare' la psicologia della salute, abbandonando o rivisitando gli orientamenti mainstream. In questo articolo propongo la metafora della 'transurbanza' per suggerire l'urgenza di una diversa attenzione ai bisogni e alle tensioni nel paesaggio urbano contemporaneo, che lo rendono inaccessibile agli approcci tradizionali. Attraversare i distretti delle città postmoderne, significa entrare in contatto con una umanità nomade, che rivendica in modi incerti e contraddittori nuovi contenuti di cittadinanza. Con questa umanità, anche la psicologia della salute potrebbe rintracciare il proprio posizionamento e le proprie strategie di ricerca-intervento. In appendice sono presentati due interventi in contesti urbani molto diversi. Essi esemplificano la possibilità di tracciare, attraverso la metodologia delle 'dérive' e delle 'mappe partecipative', possibili piani di lavoro coerenti con la visione proposta in questo articolo.

Abstract. Health psychology has been mainly characterized by an individualistic and socio-cognitive perspective that demarcate its boundaries and fields of application. This results in making it less sensitive to the inequalities of the socio-political, economic and cultural determinants of health processes and to the changes and the innovative drives that characterized the onset of the new century. We need therefore to build new epistemological and methodological perspectives for 'reterritorialize' health psychology, abandoning or revisiting its mainstream guidelines. In this article I propose the metaphor of 'transurbance' to suggest the urgency of a different approach to the needs and tensions in the contemporary cityscape, making it inaccessible to traditional approaches. Walking through the postmodern city districts, means getting in touch with a nomadic humanity, that doubtfully and contradictorily claims new content of citizenship. Together with this humanity, health psychology could redefine its positioning and research-intervention strategies. Two interventions in different urban contexts are presented in the appendix. They exemplify the possibility to trace, through the methodologies of the 'dérive' and of the 'participatory maps', possible work plans coherent with the vision proposed in this article.

Parole chiave. Psicologia della salute; diseguaglianze sociali; sistemi sanitari.

Keywords. Health psychology; social inequalities; health care systems.

Premessa

Nata negli Stati Uniti alla fine degli anni settanta del secolo scorso, la psicologia della salute ha cercato di offrire un codice di lettura e uno sguardo alternativo all'approccio biomedico e riduzionista fino ad allora dominante, affiancandosi a chi, in medicina, andava proponendo un più comprensivo paradigma biopsicosociale (Engel, 1977). Punto di forza di questa nuova prospettiva era l'opposizione a una visione della salute determinista e unilineare, incapace di dare risposta alle nuove configurazioni epidemiologiche del XX secolo, all'evidente intreccio multi causale che richiede e riconnette livelli micro e macro di spiegazione. La psicologia della salute prometteva una nuova sintesi tra i fattori in gioco, anche se, a più di trent'anni di distanza, essa forse ha prodotto più un nuovo assetto retorico che una nuova prospettiva epistemologica. Rinchiusa entro i confini *mainstream* di una psicologia individualista, centrata sul self e sulla social cognition, questa nuova disciplina ha finito col percorrere sentieri vecchi e col mantenere lo sguardo nei territori e tra le contraddizioni della civilizzazione occidentale, del nord del mondo e della sua modernità. Così essa non è

certamente riuscita a penetrare in profondità i cambiamenti che stanno caratterizzando le società contemporanee, non è riuscita a intravedere, al di sotto di una superficie di stabilità sociale, i nuovi problemi e le nuove configurazioni che caratterizzano le realtà interumane e che si possono incontrare attraversando i diversi paesaggi architettonici, linguistici, simbolici delle città postmoderne.

Riposizionamento metodologico e dominio pratico

Avviarci in questo cammino di esplorazione di alcuni distretti della città postmoderna richiede innanzitutto un'appropriata attrezzatura metodologica, che non sia indifferente alla tensione trasformativa e a un impegnativo riposizionamento etico della psicologia della salute.

Uwe Flick (2004) ribadisce, a questo proposito, che una psicologia della salute orientata al cambiamento riconosce la propria prospettiva metodologica a partire dalla ricerca qualitativa. Benché questa non sia di per sé stessa orientata alla trasformazione sociale, possiede tuttavia caratteristiche che portano a privilegiarla rispetto alla ricerca quantitativa in una prospettiva di azione sociale di cambiamento, per una serie di importanti ragioni:

- è in grado di osservare e registrare processi di trasformazione sociale, fornendone una descrizione più appropriata, dettagliata e sensibile ai contesti, in quanto consente di porsi dal punto di vista di chi è soggetto di tali trasformazioni e di esaminarne le conseguenze in termini fenomenologici ed esperienziali;
- può assumere esplicitamente una prospettiva di trasformazione dei propri oggetti di ricerca e può prevedere approcci in cui il ricercatore può essere coinvolto *direttamente* in processi di trasformazione sociale (ad esempio, nella ricerca azione o nella ricerca-intervento) più di quanto non sia possibile nella ricerca quantitativa o di laboratorio;
- comporta un riposizionamento dei soggetti di ricerca come partecipanti, portatori di un punto di vista, capaci di contribuire alla ricerca-intervento dando ad essa un significato e di agire in essa in modo consapevole.

Queste possibilità, tuttavia, non sono semplicisticamente attribuibili alla tecnica o all'approccio metodologico *per se*. Se l'uso di metodologie qualitative facilita il raggiungimento di obiettivi di trasformazione, il carattere della ricerca dipende sempre, in ultima istanza, dagli interessi legati alla ricerca stessa. La prospettiva di promozione del cambiamento richiede di oltrepassare un interesse per la produzione di conoscenza nomologica, *"in cui i casi individuali sono sottoposti a più generali leggi regolative"* (Ricoeur, 1991, p.162), verso un riposizionamento critico che metta in grado di determinare *"when theoretical statements grasp invariant regularities of social action as such and when they express ideologically frozen relations of dependence that can in principle be transformed"* (Habermas, 1971, p. 310). Per queste ragioni Flick ritiene che la qualità della ricerca riguardi il modo in cui il ricercatore non solo osserva, ma partecipa a processi di trasformazione

sociale, promuove giustizia sociale per i partecipanti alla ricerca e condivide con loro i risultati. La qualità della ricerca –sostiene Flick– non è solo un “*problema di metodo*”, ma è anche un “*problema morale*” e una questione di *ownership* (co-titolatità) della ricerca (Flick, 2004, p. 152).

Questo riposizionamento metodologico e etico è alla base dei tentativi della *psicologia critica della salute* (Murray, 2004; Wilkinson, 2004; Marks, 2004, 2002; Raddley, 2004, 2000; Fox, 2003; Bolam e Chamberlain, 2003; Willig, 2000; Crossley, 2000; Stainton Rogers, 1996), il cui sforzo principale è volto al riconoscimento che le determinanti della salute sono inserite nel quadro del potere, e che la salute ha a che fare con costruzioni e processi mentali che si collocano tra le asimmetrie di potere e le interiorizzano. La *psicologia critica della salute* si oppone a queste logiche di potere e si contrappone alla psicologia stessa quando collude con queste asimmetrie, fornendo loro un supporto scientifico.

Da questo punto di vista, anche la psicologia della salute ‘mainstream’ si caratterizza per l’esclusione dal proprio sguardo delle grandi tematiche sociali, come ad es. la fame nel mondo, lo sfruttamento, il ‘disordine’ del genere (*gender*). Centrandosi sul modello bio-psico-sociale, essa non riesce a prendere le giuste distanze dal modello medico, ma ne accetta e legittima le logiche di potere. Così nella prospettiva critica si procede a ‘decostruire’ alcuni dei luoghi centrali della tradizione mainstream, come il concetto di *stress*, *coping*, *compliance*, *planned behavior*, *reasoned action*, e così via, trattati come artefatti ‘metastorici’ della costruzione sociale della salute. Ma questo atteggiamento ‘decostruzionista’, se vuole disvelare gli apparati ideologici impliciti a cui sono ancorate le psicologie mainstream, vuole contemporaneamente proporre alla psicologia una prospettiva che la leghi a pratiche politiche di liberazione, aprendo una più ampia ‘agenda’ in cui il cambiamento sociale sia messo all’ordine del giorno (Parker, 2007).

Per queste ragioni la Psicologia critica della salute guarda con crescente interesse a personalità di rilievo del recente passato, come Paulo Freire (1972, 1973) e Ignacio Martin-Baro (1994) –psicologo gesuita, assassinato nel 1989 da un commando dell’esercito Salvadoregno– che si caratterizzano per la ‘svolta sociale’ della pedagogia e della psicologia della liberazione¹.

Non si può intraprendere il nostro cammino alla ricerca del riposizionamento della salute nella città postmoderna senza dare a queste parole una pregnanza profetica. Esse comportano una rivisitazione delle competenze con cui sono contrassegnati i confini, i margini, i distretti della nuova geografia urbana alle prese con i processi di salute e di cura e forse esse ci consentono di sperimentare nuove prossimità di sguardi entro cui le prospettive di cura (psicologiche, mediche, educative) possono provare a intrecciarsi in modo nuovo.

¹ “If the uniqueness of human beings consists less in their being endowed with life (that is, in their organic existence), and more in the kind of life they construct historically, then mental health ceases to be a secondary problem and becomes a fundamental one. It is not a matter of individual’s satisfactory function; rather, is a matter of the basic character of human relations, for this is what defines the possibilities for humanization that open up for members of each society and group” (Martin-Baro, 1994, p. 109).

Sollecitate dal cambiamento sociale e culturale degli ultimi decenni, nelle scienze umane è in corso un movimento che mette in dubbio che le competenze che si confrontano con i problemi possano essere assunte nelle loro validità indipendentemente dai contesti, dalle relazioni e soprattutto dai valori. C'è, insomma, una crescente attenzione all'impossibilità di separare l'intervento psico-sociale dallo spessore etico. Ed è sempre più evidente la necessità di riconoscere al di sotto delle diverse tipologie di intervento le opzioni etiche che lo muovono. Uno spazio di riflessione si apre così sulla relazione tra pratiche di aiuto e di intervento e lo spazio etico, sociale e politico della cura nel mondo contemporaneo.

Di fronte alla questioni complesse che caratterizzano la salute e le problematiche sociali nel nostro tempo e nei nuovi contesti di vita le domande che dovremmo porci dovrebbero suonare dunque diverse da quelle che ci si pongono nella ricerca tradizionale: *“If we are involved, for example, in highly problematic and/or conflictive social situation, the question from this position would be as follows: «what is our position and how can we intervene in it?», rather than , «what is the best way to study this process?», «How do we counter the power discourse?», rather than, «has the process of analysis been the right one?»*” (Iniguez, 1997, p.154).

Psicologia della salute e le realtà in transito

Ripensare la salute nel paesaggio urbano postmoderno, allora, richiede di prendere le distanze dalle metodologie esploratorie tradizionali che cercano di rintracciare astratti oggetti improbabili. Più che cercare di colonizzare la realtà con queste categorie psicologiche astratte, occorre forse rivalorizzare la prospettiva psicogeografica² delle *dérive* situazioniste di Guy Debord, rintracciando le connessioni tra gli ambienti e le emozioni, i comportamenti e le visioni del mondo individuali e collettive, attraverso rapidi passaggi, esplorazioni, itinerari e appuntamenti estemporanei entro distretti urbani che non sono delimitati solo da ragioni economiche e geografiche, ma anche dall'immagine che ne hanno i loro abitanti, in triangolazioni urbane, capaci di provocare improvvise reazioni emotive (Debord, 1956).

Oggi per esplorare gli 'spazi nomadi' (vuoti) che vivono tra gli spazi (pieni) della città sedentaria contemporanea taluni hanno inventato la pratica delle *'transurbanze'*, con cui Stalker³ incontra 'l'inconscio della città', le pieghe della città in cui “sono cresciuti spazi in transito, territori in trasformazione continua nel tempo” (Careri 2006, pag. 7). La

² *“The word psychogeography, suggested by an illiterate Kabyle as a general term for the phenomena a few of us were investigating around the summer of 1953, is not too inappropriate. It does not contradict the materialist perspective of the conditioning of life and thought by objective nature. Geography, for example, deals with the determinant action of general natural forces, such as soil composition or climatic conditions, on the economic structures of a society, and thus on the corresponding conception that such a society can have of the world. Psychogeography could set for itself the study of the precise laws and specific effects of the geographical environment, whether consciously organized or not, on the emotions and behavior of individuals. The charmingly vague adjective psychogeographical can be applied to the findings arrived at by this type of investigation, to their influence on human feelings, and more generally to any situation or conduct that seems to reflect the same spirit of discovery.”* (Debord 1955, p. 1)

³ *“E' un soggetto collettivo che compie ricerche e azioni sul territorio, con particolare attenzione alle aree di margine e ai vuoti urbani, spazi abbandonati o in via di trasformazione”* (www.stalkerlab.org) .

transurbanza consente di ri-costruire, camminando, il paesaggio che assume così la forma di un vero e proprio ‘walkscape’⁴.

Anche la psicologia della salute deve prendere coscienza di doversi mettere in cammino, di avviare la propria ‘transurbanza’ nella città postmoderna, per riscoprire un senso e una pratica di riposizionamento. Occorre riportare la questione della salute lungo alcuni dei confini più complessi del nuovo millennio, quello della società della cura, delle differenze di genere, dell’ospedale e del carcere, delle nuove tecnologie, delle grandi migrazioni, dell’emancipazione dei popoli e così via. Ci si deve muovere lungo i confini, insomma, segnati da nuovi gemiti e sussulti che si avvertono, talora in lontananza, talora in esplosioni improvvise e perturbanti, nel nuovo paesaggio urbano, suburra postmoderna in cui vivono, giustapposte, infinite ricchezze e sterminate povertà.

In questo articolo utilizzerò dapprima la prospettiva di una ‘*dérive*’, di una ‘transurbanza’ come metafora per riflettere sulla collocazione della Psicologia della salute nel paesaggio urbano postmoderno. Riporterò in appendice la sintesi di due interventi condotti con alcune colleghe e collaboratrici in contesti italiani molto diversi, la città di Piombino, in Toscana, e la piccola realtà urbana di Zingonia in Lombardia. Tali interventi, costruiti intorno alle ‘*dérive*’ come occasione e pretesto per un’esplorazione *psicogeografica* delle realtà urbane, possono suggerire possibili piani di azione coerenti con la visione della psicologia della salute proposta in questo articolo.

Ospedali e territorio nella società della cura

Un primo confine che possiamo esplorare nella nostra *transurbanza* è quello tra soggetto in cura e istituzioni della cura. Nella tradizione funzionalista di Talcott Parsons, questo confine era nettissimo. Al suo ingresso in ospedale, il paziente viene sottoposto a un processo di ‘spogliamento’ dei normali ruoli della vita quotidiana, che vengono relegati in sottofondo, rendendo la persona un ‘caso clinico’ all’interno di una stanza numerata. L’idea di fondo è che le distinzioni connesse alla classe sociale, alla professione e allo status vengano cancellate e non siano considerate in un processo terapeutico per definizione rivolto a un corpo anonimo.

Esiste, in realtà, un altro modo di guardare l’ospedale, che evidenzia una reinterpretazione delle istituzioni biomediche da parte delle culture locali e che comporta significative implicazioni a livello sia teorico sia pratico. Secondo Finkler (2004), la vita dentro l’ospedale non può essere considerata come separata dal mondo esterno, anzi bisogna ritenerla plasmata sui modelli normalmente proposti dalla società. Al suo interno, infatti, vengono riproposte le gerarchie, le ineguaglianze, i conflitti che hanno luogo all’esterno. Gli studi

⁴ “Prima di innalzare il *menhir* –in egiziano *benben*, «la prima pietra che emerge dal caos» – l’uomo possedeva una forma simbolica con cui trasformare il paesaggio. Questa forma era il camminare, un’azione imparata con fatica nei primi mesi della vita per poi diventare un’azione non più cosciente ma naturale, automatica. E’ camminando che l’uomo ha cominciato a costruire il paesaggio naturale che lo circondava. E’ camminando che nell’ultimo secolo si sono formate alcune categorie con cui interpretare i paesaggi urbani che ci circondano” (Carelli, 2006, p. 3).

etnografici sull'ospedale aprono, quindi, una finestra sulla società e sulla cultura al cui interno esso è situato, fotografando non solo le differenze culturali a livello organizzativo e di pratiche terapeutiche, ma anche connettendole ai più ampi processi culturali e sociali. Nella città postmoderna l'ospedale e i servizi sanitari costituiscono uno dei poli centrali del suo sviluppo; ma ad essi si giustappone/contrappone un territorio che è sempre più caratterizzato da processi di cura estesi e informali che hanno assunto una diffusione generale, globale, apparentemente metastorica e parte intrinseca del landscape urbano.

Una 'società della cura', come ricorda Sergio Manghi⁵, comporta la costruzione faticosa e non sempre regolata da disegni riconoscibili a priori di nuovi modelli di regolazione delle relazioni sociali generali che sono fondati sui sistemi e sulle relazioni di cura. La società della cura propone nuovi modelli, traiettorie, modalità di relazione che sono ridisegnate a partire dai **sistemi di cura**.

La società della cura è quindi anche la società dei **sistemi di cura** che hanno raggiunto un grado di complessità assai elevato, ma sempre di più s'intrecciano finemente con le relazioni della quotidianità. Qui la biomedicina globalizzata e tecnologizzata convive con, e talvolta incorpora, sistemi locali e tradizionali di rappresentazione di sé e delle relazioni. La società della cura vive un intreccio complesso e talora contraddittorio tra relazioni tradizionali di cura, determinanti high-tech della cura, credenze individuali e collettive che fanno oscillare pericolosamente il grado di incertezza percepita. Essa è segnata da fortissimi processi di riposizionamento, come quelli che Beck (1992) chiama di 'individualizzazione', secondo cui il soggetto oggi occupa sempre meno una posizione fissa e definitiva nella società ed è condotto a una nuova posizione in cui una parte consistente della propria vita deve essere pianificata e dipende dalle decisioni del soggetto. Flick (2004) sottolinea che essere sani e mantenersi sani ha molto a che fare con il modo in cui si progetta e si conduce la propria vita - mangiare sano, avere uno stile di vita sano, prendere parte a programmi di prevenzione e così via. Ciò a sua volta ha molto a che fare con il significato che la salute ha per l'individuo, i gruppi sociali e nel contesto delle pratiche professionali. Ma, come ci ricorda Mc Namara (2004), gli apparentemente accresciuti gradi di libertà e di scelta individuale nella società postmoderna coincidono con la perdita delle certezze (Giddens, 1991) e con un esacerbarsi delle tensioni tra scelta individuale e tradizioni collettive (Bauman, 1988).

E' difficile sottrarsi alla considerazione che i sistemi di cura siano al centro della ridefinizione degli assi e delle relazioni di potere nella nostra civiltà, sia sul piano locale, sia sul piano più generale, globale. Al di là di questo, va detto che la società della cura ridisegna anche le **differenze**, propone differenze che sono talvolta inedite e ne **ridisegna** contemporaneamente **la mappa**. La linea delle differenze sociali è spesso segnata dalla possibilità di essere ammessi ai sistemi formali e informali della cura: è la linea della separazione tra i processi di inclusione ed esclusione, tra quelli della coesione sociale e quelli dell'individualismo esasperato. Per questo motivo, ridisegnando le differenze, la

⁵ S. Manghi, Intervento al Seminario "Il ruolo dell'operatore educativo e sociale nella relazione con il sistema utente", Seminari interdisciplinari per educatori, assistenti sociali, psicologi e figure socio sanitarie, Provincia di Bergamo, Bergamo, 6 Febbraio 2008.

società e i sistemi della cura contribuiscono a ridefinire i **confini dell'ordine costituito**, entro cui si trasformano e si riconoscono **norme e oggetti di valore** e si stabilisce in modi mobili e provvisori il confine tra la **normalità** e la **patologia**. Le norme segnano infatti il confine tra una sofferenza che può essere contenuta e una sofferenza incontenibile: una sofferenza che può essere rapportata ai sistemi della cura e una sofferenza che non trova in essi alcuna ospitalità, spesso incapace di avere e darsi una voce, una sofferenza che è assenza di parola e priva di forma, in cui si riducono drammaticamente i gradi di libertà e di espressione. Per questo Isabel Stengers restituisce il problema della salute alla sua dimensione politica, alla *polis*, alla città in cui nuove tensioni e nuove soggettività si sovrappongono e si impongono all'attenzione. Perciò *“occorre guardare ai fenomeni nuovi con cui gli utenti auto organizzati, non pentiti, accettano e rivendicano di raccogliersi attorno agli «aggettivi che li squalificano», come i tossici, gli junkje olandesi. Sono i tossici che si inventano come componenti di una città e non oggetto di definizione medica e poliziesca, sono i malati di Aids organizzati per far valere i loro diritti e le loro rivendicazioni, sono loro gli eredi della tradizione a cui apparteniamo (la città, la polis). Questi vettori «balbettanti» sono dalla parte di chi accetta la «sfida pratica» di inventare per le scienze della salute vie che non siano «la via regia che salda il sintomo alla persona», dalla parte dell'invenzione politica, cioè del modo singolare con cui, da noi, le minoranze inventano e si inventano”* (Stengers, 1996, pag. 140).

Dunque, lungo questi margini si muovono risorse e valori inaspettati; schierate disordinatamente lungo il confine, nuove soggettività 'irregolari' cercano spazi e opportunità di espressione e di auto-organizzazione dei 'perdenti', degli 'sconfitti', per la rivendicazione di uno spazio di 'cittadinanza' non contenibile entro i confini disegnati dalle autopoiesi dei sistemi di cura.

Lo psicologo della salute, che sta sul confine tra queste sofferenze e i processi di cura, può intercettare queste risorse auto-organizzate per contenerle e ridurle alle ragioni dei sistemi, indirizzando ad esempio i gruppi di auto-aiuto a costituirsi come microsistemi di autogoverno *complianti*, satelliti delle autopoiesi di sistema, oppure può interloquire con queste potenzialità vitali per ridisegnare il diritto di cittadinanza. Ciò chiama la soggettività degli operatori ad un riposizionamento che, prima ancora di essere tecnico, costituisce, dunque, un riposizionamento etico e politico. Una possibile risposta sta nello sforzo di trasformare la propria posizione, la propria collocazione in quella di 'agente di sviluppo', capace di rintracciare nelle dimensioni complesse, traiettorie di sviluppo possibili che si fondino sulla possibilità di intrecciare nuove possibilità di narrazione in cui il soggetto-destinatario delle cure si 'riposizioni': trovi, cioè, una posizione consona alla sue competenze e capacità, finora denegate, diventando 'soggetto' di un nuovo piano narrativo e costruttore di nuove norme e 'oggetti di valore'.

Incerti confini di genere

La società della cura è soprattutto una società che espone alla cura il genere femminile. La posizione lì assegnata alla donna riproduce, estende e naturalizza una responsabilità e una

subordinazione femminile della donna. E' inevitabile che la società della cura ponga dunque all'ordine del giorno anche la questione del genere (*gender*). La posizione della donna nella società della cura prende infatti consistenza in una nuova sequenza di 'atti performativi' che istituiscono e consolidano i tradizionali confini di genere all'interno di sistemi di cura e che si affianca a quella che Sue Wilkinson (2004) considera una persistente tradizione di oppressione femminile da parte della medicina⁶. Oggi, d'altra parte, le pratiche di cura sono affidate prevalentemente a donne che si prendono cura di donne, anziani, bambini, ammalati (Piazza, 1999). Si delinea così una nuova performatività, intrecciata con la posizione subordinata di una nuova figura di lavoratrici della cura, le 'badanti', in cui il discorso sulla differenza di genere incontra il discorso sulla migrazione e sullo sfruttamento diffuso di donne costrette ad una totale dedizione di persone estranee 'rese spesso insofferenti e cattive dal dolore', avvolte da una invisibilità sociale che annulla *scolarizzazione, professionalità, esperienza, individualità*. *"Questa negazione dell'individualità, questa impossibilità di avere voce e volto rappresentano uno degli aspetti più pesanti del razzismo nei confronti delle donne migranti"*. (Piazza, 2003, p.4)

Queste dimensioni della società della cura sono dunque un aspetto della costruzione sociale del genere. Esso si presenta tuttavia come un confine labile, incerto, destinato a subire nuove, profonde trasformazioni. Secondo Judith Butler, le categorie di sesso, genere e sessualità sono una costruzione culturale prodotta dalla ripetizione di atti performati nel tempo, che sono dotati di una forza regolativa e normativa in grado di stabilire gli orientamenti sessuali e di genere consentiti o illegittimi nella società (Butler, 2006). Tuttavia oggi è all'ordine del giorno la possibilità tecnica perturbante di un 'disfacimento del genere', in cui all'elemento distruttivo intrinseco dell'espressione si affianca un inedito potenziale creativo che apre prospettive di vivibilità concreta nella vita reale: queste possibilità (concrete e immaginarie, corporee e simboliche) si scontrano frontalmente con una 'violenza di genere' a cui è crescentemente esposta la comunità GLBQTI (Gay, Lesbiche, Bisessuali, *Queer*, Trans, Intersessuali). In questa complessità, in ogni caso, secondo Judith Butler, *"la pratica di fare e disfare il proprio genere è dunque una modalità di azione creativa e politica individuale e collettiva che può e deve essere costantemente performata. Ciò accade perché, come ha già messo in luce Foucault, il genere non è alieno dal binomio sapere/potere e il corpo nella sua esistenza sociale è sempre sessuato e sottoposto ad assoggettamento normativo. Ad esempio il transgender rientra nella sfera politica non solo perché ci costringe a domandarci cosa sia o debba essere considerato reale, ma perché ci*

⁶ "Contemporary medical science continue to oppress women, in particular. Women are still subject to a great deal of unnecessary surgery, especially in relation to reproduction. Rates of birth by Caesarean section are soaring; and around 85 per cent of the more than half-a-million hysterectomies performed every year in the USA are 'elective', rather than life-saving, with the consequence that more than a third of North American women will not have a uterus by age fifty (Laurence and Weinhouse, 1994). Following the medical redefinition of menopause as a 'hormone deficiency disease', millions of (older) women have become unwitting participant in the massive, uncontrolled experiment of hormone replacement 'therapy' (HRT) – predicated on the agenda of rendering women 'forever feminine' (Wilson 1966). And women have been systematically excluded from a range of major clinical trials on disease considered (often erroneously) to be largely the province of man (for example, heart disease, lung cancer). [...] Feminist have critiqued mainstream health research as 'bad science' on a range of standard scientific criteria. First, they note that many studies have used only male subjects (Travis, 1988; Johnson, 1992). [...] Secondly, these findings using only male subjects have then been inappropriately generalized to women (Rodin and Icksovics, 1990). [...] Thirdly, health conditions that affect only, or predominantly, women (for example, osteoporosis, lupus,

mostra come si possano mettere in discussione le attuali concezioni della realtà e istituirne di nuove. La fantasia non rappresenta solo un esercizio cognitivo, un film interiore che proiettiamo all'interno del teatro della mente. Essa struttura la relazionalità e partecipa alla stilizzazione dell'incarnazione stessa. I corpi non sono spazialità date. Nella loro spazialità, essi si attuano nel tempo: invecchiando, cambiando forma, cambiando significato –a seconda delle loro interazioni– e la rete di relazioni visive, discorsive e tattili che diviene parte della loro storicità, del loro passato, presente e futuro' (Butler, 2006, p. 249).

Su questi temi è sempre più ragguardevole nelle scienze psicologiche (psicologia sociale e psicologia critica della salute) il contributo delle ricercatrici femministe. Sarebbe erroneo tuttavia ridurre tale contributo solo a questioni che concernono il genere femminile. Il loro punto di vista, piuttosto, sollecita un riposizionamento complessivo della psicologia nei confronti dell'oppressione che nelle sue diverse manifestazioni attraverso il campo sociale e coinvolge, sia pur in modi e misure differenti, le donne e gli uomini ⁷.

Migrazioni lavoro-correlate

L'incontro con le 'badanti' ci conduce ad una realtà che ancora la società italiana sembra non riuscire a metabolizzare: i processi migratori. Essi costituiscono il flusso principale del nomadismo entro la città contemporanea. La loro irruzione mette sotto scacco più di una categoria della psicologia tradizionale e della psicologia della salute. Non è qui il caso di una disanima articolata, e mi limiterò a citare in proposito un versante col quale mi sono recentemente imbattuto: l'impatto della migrazione sul concetto di 'stress lavoro correlato'.

In Italia, un recente decreto ministeriale, attuativo delle direttive europee (decreto 81/2008) stabilisce che le aziende certifichino e prendano opportuni provvedimenti per la sicurezza dei lavoratori, prestando una particolare attenzione al tema dello stress lavoro correlato. Com'è noto, il concetto di stress è piuttosto controverso in psicologia della salute. Radley (1994, p.182) afferma che *"lo stress come discorso e come mitologia"* è creato in egual misura dai ricercatori e dalla gente comune per cercare di spiegare la relazione tra gli eventi esterni e la salute o la malattia. In definitiva, lo stress è piuttosto una costruzione sociale, e il decreto ministeriale può contribuire a costruire sul concetto di stress una rappresentazione sociale che oggettivi varie forme eterogenee di disagio entro un'impalcatura 'scientificamente' e 'giuridicamente' fondata, ma disancorata dalla complessità dei posizionamenti soggettivi, intersoggettivi e sociali a cui potrebbero essere riconducibili. Attorno a questa impalcatura si stanno mobilitando significative risorse intellettuali e tecniche degli psicologi, armate a tutto

fibroids, ovarian cancer) have been underresearched, at least until recently (Travis, 1988; Stanon, 1995)" (Wilkinson, 2004, pp. 86-89).

⁷ *"The assumption that feminist work is work 'on women' is also too narrow because feminism does not focus solely on women, and women's oppression. While addressing women's oppression is, of course, key to feminist research and practice, feminism also acknowledges that man may be oppressed too, albeit to a different degree, and in different ways, from women. In addition, feminism recognizes that gender, although central, is not the only axis of oppression. Rather, distinctions between people on the basis of (for example) social class, 'race'/ethnicity, religion, sexual identity, age, (dis)ability —and the intersections between them— provide further bases for the creation and*

punto di sistemi di rilevazione e oggettivazione, soprattutto test e questionari, destinati a supportare in modo obiettivo le certificazioni per i datori di lavoro, pubblici e privati. Molti di questi strumenti, tuttavia, si trovano di fronte alla realtà imprevista (ma certo non imprevedibile) che molte imprese ed aziende sono oggi caratterizzate, soprattutto in alcuni contesti ad alto rischio, come l'edilizia, da una percentuale maggioritaria di lavoratori stranieri. Il problema che si apre non è tuttavia quello di attrezzarsi con appropriate traduzioni linguistiche delle norme di sicurezza e mediazioni culturali, ma di rivisitare interamente il compito dettato dalla normativa: è lo stesso concetto di stress lavoro correlato che risulta difficilmente praticabile. Infatti questo concetto implica una differenziazione tra lo stress correlato al lavoro e quello indipendente dal lavoro. Gli strumenti di rilevazione messi in campo si riferiscono soprattutto alla realtà del ciclo produttivo o lavorativo in cui il lavoratore è inserito. Tuttavia ciò appare assolutamente restrittivo nel caso dei lavoratori migranti.

La letteratura internazionale, soprattutto negli USA, in Oriente (Cina e Giappone), in Australia e nei paesi ispanici ha studiato più intensamente di quanto non sia avvenuto in Italia la relazione tra salute, immigrazione e stress. Una certa quantità di studi riguarda l'immigrazione di lavoratori di cultura islamica e la migrazione ispanica negli USA. In generale si segnalano fonti di stress che non possono essere ricondotte direttamente ai processi di lavorazione, come la paura per la disoccupazione, l'abuso alcolico, la tensione per la regolarizzazione dei permessi di soggiorno, le vicissitudini legate alla varietà dell'esperienza migratoria, la discriminazione percepita, l'impatto con i sistemi giudiziari e la carcerazione, i cambiamenti di ruolo connessi al genere, e così via (Khawaja, 2007; Yun e Park, 2008; Donnelly, 2002; Soylu, 2007; Wong e Leung, 2008; Dunn e O'Brien, 2009; Farley, Galves, Dickinson e Diaz Perez, 2005). Per quanto esterni ai processi di lavorazione, questi fattori non possono certamente essere considerati estranei al lavoro. Com'è possibile, infatti, dissociare l'esperienza migratoria e le sue complesse vicissitudini dal sistema del lavoro? Non è forse il lavoro, il reclutamento lavorativo, la possibilità di occupazione il fondamento stesso dei processi migratori? E non è sui processi migratori che si regge in gran parte la struttura produttiva di un Paese come l'Italia, soprattutto in alcuni settori agricoli, industriali e dei servizi?

La condizione di stress legato alla migrazione è 'lavoro correlata' perché ha a che fare con il 'sistema lavoro' entro cui la migrazione si giustifica economicamente e con il 'sistema sociale' che rigetta e mantiene la condizione di migrante sulla soglia della marginalità sociale e della precarietà. Lo stress lavoro correlato tende ad essere misurato con questionari standardizzati e interviste semistrutturate che raramente incontrano l'esperienza complessa e diversificata della migrazione e quasi mai accolgono fattori apparentemente extralavorativi, estranei al ciclo produttivo. In tal modo si riduce la questione dello stress all'incontro tra una fragilità personale e una incoerenza organizzativa singolare, quando invece esso dovrebbe essere riportato ad una configurazione più generale del funzionamento del *sistema lavoro* e del *sistema di protezione sociale e di tutela sociale della salute*. Le imprese dovrebbero

maintenance of profound social inequalities. Feminism acknowledges, and aims to end, these oppressions too" (Wilkinson, 2004, p. 84).

dunque essere chiamate a rispondere di una responsabilità più ampia nel sistema lavoro e nel sistema di protezione sociale, facendosi carico dell'esperienza migratoria e dell'impatto del sistema lavoro sui processi personali, familiari, di integrazione sociale e di cittadinanza. La natura sociale e politica del cosiddetto stress lavoro correlato viene spesso occultata da una sua personalizzazione o da una sua circoscrizione allo specifico ciclo lavorativo. La psicologia (anche la psicologia della salute) potrebbe finire col preconstituire, con i propri apparati tecnologici quantitativi, un supporto a questo travisamento, ma una volta infranta questa barriera fittizia, potranno essere pienamente riconosciute le tensioni che oppongono il sistema-lavoro ai lavoratori e alle loro famiglie (italiani o immigrati), ai loro diritti umani, al loro diritto alla salute e alla piena cittadinanza.

L'impegno e la mobilitazione sulla salute in un'accezione più ampia potrà così tornare ad essere occasione per riorganizzare l'autonomia personale e collettiva. Ciò comporta, di nuovo, una scelta etica e di schieramento, ma anche una scelta di posizionamento metodologico, che privilegi, rispetto al contatto freddo della somministrazione dei questionari e dei focus group, la reinvenzione di nuove forme di *participatory action research*, di ricerca emancipatoria e di pratiche riflessive che sfidino la psicologia della salute a scoprire e a impegnare il potenziale liberatorio delle proprie teorie e delle proprie pratiche (Lykes, 2000).

Culture educative locali e salute

Dopo l'ospedale, la città della cura, il lavoro, altri luoghi ci si presentano nella nostra *transurbanza*: i luoghi educativi, le scuole. Il nesso tra la salute e l'educazione non è certo inedito, ma sembra qui importante rivisitarlo secondo la prospettiva che si sta disegnando nel nostro percorso. Qui potremmo incontrare il senso di una transizione indispensabile per capire la sfida a cui si trova di fronte la psicologia nel suo incontro con la città postmoderna: dalla centralità del *benessere soggettivo* a quella dell'*impegno trasformativo* e della *responsabilità*.

Un punto di grande importanza nella proposta del modello della psicologia della salute è che le *culture locali* della cura debbano confrontarsi con lo sviluppo pieno della autonomia delle persone come soggetti attivi e competenti dei propri itinerari di vita. E' questo, per intenderci, il cuore di una promozione della salute fondata sulle **life skills** (Bertini, Braibanti e Gagliardi, 1999), che vanno intese come competenze d'azione nel processo di sviluppo personale e sociale e non come generiche competenze a svolgere compiti e a occupare posizioni sociali prestabilite, né come competenze che consentano semplicemente il conseguimento di un generico benessere, un generico 'star bene' entro un ordine sociale predeterminato e indifferente ai bisogni e alle tensioni di una realtà giovanile spesso ingiusta e diseguale. Come verrebbe di dire parafrasando Gadamer (199), le competenze d'azione riguardano, più che il '*sentirsi*', l'*esserci*, l'*essere nel mondo insieme ad altri uomini*, riguardano, in altri termini, la centralità della **dimensione dell'impegno e della responsabilità**.

L'adolescenza costituisce uno spazio di confine tra la normalità e la crescita, nel senso che la crescita è senza dubbio una sfida alla normalità che deve essere raccolta dalle istituzioni

formative. Contrariamente a quanto comunemente si ritiene, i giovani non sentono oggi un richiamo verso la 'fuga dalla realtà'. Essa costituisce forse una disincantata e desolante deriva, quando l'unica prospettiva che viene offerta è quella di una frenetica rincorsa al desiderio e all'effimero. Essa non riesce tuttavia a impedire l'irruzione nella vita e nell'esistenza del vero inesprimibile 'dolore sordo', di una società che, incapace di decifrare e comprendere l'universo emotivo, cerca di canalizzarlo nel ritmo insostenibile dell'apparire. Anche così si costituisce quella norma 'a una dimensione' alla quale talvolta i giovani cercano di sfuggire, talora mediante nuove forme di trascendenza, talora scegliendo disperate forme di dipendenza, entro cui le tensioni vitali sfumano, si dissanguano *"al pallido riflesso del pensiero e perdono così d'azione il nome"* (Shakespeare, *Amleto*).

Non bisogno di fuggire dalla realtà, ma urgenza di confrontarsi con la realtà e di venirne a capo, anche a costo di scontrarsi con essa, in forme imprevedibili, per 'vedere' se alla norma corrisponde poi una verità, un 'valore'. Secondo Canguilhem (1966), ciò che caratterizza la salute è la possibilità di oltrepassare la norma definita dal normale momentaneo, la possibilità di tollerare l'infrazione alla norma abituale e di costruire nuove norme in situazioni nuove. In questa direzione è probabilmente ambiguo pensare che il 'benessere' e lo 'star bene' possano essere una misura appropriata della salute degli adolescenti, se lo star bene entro una 'norma costituita' rischia di confondersi con l'adagiarsi in una sorta di inerzia e di disimpegno. Noi proponiamo, al contrario, che la misura naturale della salute e dell'appropriatezza degli adolescenti ai propri compiti di sviluppo risieda nell'impegno e nell'esercizio della volontà di cambiare lo stato delle cose. Le categorie dell'*impegno* e del *sentirsi in cammino* per il proprio progresso personale e sociale sono, a nostro avviso, il punto di riferimento per una reale promozione della salute delle giovani generazioni

Negli anni '90, in Italia, l'introduzione dell'educazione alla salute nella scuola ha portato un'enfasi forse eccessiva sul concetto di 'benessere' degli studenti che, certo al di là delle intenzioni ministeriali e dei teorici della cosiddetta 'pedagogia preventiva', è stato ridotto spesso ad una pletera di iniziative eterogenee volte a favorire 'lo star bene a scuola', prevalentemente in spazi extracurricolari, e a offrire opportunità di ascolto individuale delle problematiche adolescenziali, del tutto separate dai momenti ordinari della didattica e della formazione. Una scuola che *ascolta e promuove il benessere* degli studenti è sembrata ad alcuni la via maestra per combattere le dipendenze e attivare una strategia di prevenzione. La via dello 'star bene a scuola' ha avuto probabilmente riflessi positivi sulle relazioni tra studenti e con i docenti, in un clima però già fortemente modificato dalle grandi trasformazioni e dalle lotte studentesche degli anni '60 e '70 e dalle stagioni della partecipazione delle componenti scolastiche negli 'organi collegiali'. Il tentativo dell'*educazione alla salute* cercava in realtà di saldare la spinta alla partecipazione ad una proposta pedagogica fondata sulla progettualità e sulla trasversalità educativa, sulla radicale trasformazione dell'architettura istituzionale, ancora fortemente centralizzata e ancorata al dominio disciplinare nella programmazione scolastica. Oggi, in realtà, occorre ridisegnare i compiti della promozione della salute nella scuola in una prospettiva che contribuisca direttamente al disegno dell'autonomia del soggetto e di costruzione di una piena cittadinanza, sulla linea delle strategie formative post-funzionaliste. Qui la salute corre in

perfetta simmetria con i processi di sviluppo personale e sociale e trova la sua destinazione non nella forma ripiegata del benessere personale, ma piuttosto nell'impegno progettuale, trasformativo entro processi di costruzione di una identità aperta e dinamicamente integrata.

Sotto questo profilo, la proposta di intervento di promozione della salute vuole sollecitare una via operativa che renda possibile sostenere lo sviluppo di competenze personali e sociali in concreti itinerari di promozione e co-costruzione della salute. In questo senso vanno intese le *life skills* (Tones e Green, 2004; Bertini, Braibanti e Gagliardi, 1999, 2006; Braibanti, Benaglio e Servidati, 2008): esse non costituiscono tanto delle competenze che debbano essere acquisite *ex novo*, quanto piuttosto delle *aree di esplorazione* delle relazioni complesse tra una personalità in crescita e i compiti evolutivi che impegnano i soggetti nel corso dello sviluppo: non si tratta di un 'pronto soccorso' emotivo e relazionale, condotto attraverso esercitazioni e schede didattiche, quanto invece di una strategia che mira a riconoscere e a riflettere sulle condizioni che possano favorire la mobilitazione di risorse personali e collettive da impegnare nello sviluppo individuale e sociale. Le *life skills* sono una sorta di '*subversive activities*' (Tones e Green, 2004), nella misura in cui si focalizzano su *competenze d'azione* che si rendano criticamente accessibili nella vita personale e collettiva, cosicché l'adolescente impari a riconoscerle come proprio patrimonio disponibile. Esse rappresentano risorse personali che possono e debbono essere condivise con le altre persone e, proprio per questo, possono contribuire a sentirsi *in pieno possesso di sé nel presente* e contemporaneamente *capaci di oltrepassare il presente* col proprio sguardo e col proprio impegno.

Obiettivo della promozione della salute nella scuola è dunque quello di costruire spazi e occasioni in cui l'azione si coniughi con la riflessione, in cui possano essere sperimentati sentieri diversi da quelli di un mortificante conformismo, verso un'identità aperta e liberata. Questo è, forse, un compito che la scuola e le istituzioni educative debbono riconoscere come proprio: offrirsi come spazio di riflessione, di elaborazione, di sperimentazione di sé e dell'identità in un processo di crescita e di confronto con il sapere.

Promuovere l'azione vuol dire promuovere capacità di de-posizionamento dalla normalità di una dipendenza profondamente intrecciata con i valori del quotidiano, attraversata da un dolore sordo fatto tacere, anestetizzato dal frastuono del quotidiano, dalle persuasioni occulte, dalle frenesie di un desiderio inappagabile. Una normale '*abios-bios*' (vita non vita), alla ricerca frenetica di *essere ciò che non si è*, di *avere ciò che non si ha*, da cui occorre uscire con una riaffermazione della propria capacità di esprimersi nel mondo, con una tensione *persuasa di sé nel presente*, capace di aver ragione di ogni retorica accettazione, troppo spesso incarnata nella ragionevolezza acquiescente delle istituzioni (Michelstaedter, 1913).

Promuovere le competenze d'azione e l'impegno dei giovani, peraltro, significa agire su un patrimonio sociale e culturale ben più generale. Perché se è vero che i giovani possono percepire l'impegno diretto in modo preciso e puntuale, appropriato, innanzitutto come uno spazio di crescita personale, è vero dall'altra parte che esso rappresenta un attrattore

irrinunciabile, una necessità essenziale per la società nel suo complesso: quella di riconoscere l'inappropriatezza della propria norma obsoleta, di incontrare sguardi diversi e di costruire nuove norme e nuovi gradi di libertà. Questa fucina può attraversare i processi di socializzazione, che non possono ridursi al perseguire un'identità entro percorsi assegnati e ruoli condivisi, all'adesione agli stereotipi che vengono proposti socialmente, ma, al contrario, devono impegnarsi proprio laddove le domande di senso diventano urgenti e pregnanti: spazi di socializzazione in cui diventa indispensabile offrirsi una possibilità piena di vivere e di spendersi nell'esistere.

La salute in carcere

Non possiamo certo chiudere il nostro viaggio nella città senza lanciare almeno uno sguardo ai luoghi dell'esclusione e della negazione. Il carcere è indubbiamente la capitale della sofferenza postmoderna in cui le mura degradate della civiltà incontrano lo spregio di un capitale umano e sociale a cui forse non vanamente, molto al di là dei confini dell'ordine costituito, occorre restituire il senso di una cittadinanza piena. Il carcere è abitato da una umanità invisibile che preme ai confini della civiltà: una popolazione povera, ignorante e malsana, dannati della terra e del cielo, che non si possono accogliere senza riserva nella fucina della 'perfettizzazione delle perfettibilità'⁸.

E' noto che l'incidenza della cattiva salute fisica negli Istituti di detenzione sia alta, specialmente in considerazione dell'età media della popolazione penitenziaria (Bridgwood e Malbon, 1995, Smith, 1998, 2000). I detenuti sembrano essere complessivamente molto interessati alla loro salute fisica e al loro benessere (King e McDermott, 1995; Smith, 1998) e, ciononostante, presentano un cattivo stato di salute sia durante che prima della detenzione: la loro provenienza sociale è infatti spesso contrassegnata da marginalità e insufficiente attenzione o cura del proprio benessere. Molti detenuti provengono da *background* sociali svantaggiati, hanno una maggiore incidenza di problemi di salute, sono maggiormente esposti a comportamenti a rischio e, in assenza di effettivi interventi, molti di loro ritorneranno, una volta re-immessi in libertà, nelle avverse condizioni precedenti alla detenzione. Nelle indagini internazionali sulla condizione penitenziaria, è emerso che frequentemente la carcerazione rappresenta la prima opportunità di presa in carico della salute della popolazione carceraria e, attraverso questa, delle loro famiglie.

Non va tuttavia sottaciuto che per altri aspetti alcuni segmenti della popolazione carceraria presentano diverse difficoltà ad accedere alle prestazioni sanitarie e alle iniziative di promozione della salute. Problemi culturali e di comunicazione nella popolazione straniera, la sottovalutazione del danno di alcuni comportamenti e in particolar modo quelli legati all'abuso di sostanze (compresi alcol, tabacco e sostanze illegali, ecc.) rendono meno urgente o comprensibile la proposta di tutela della salute e meno motivato il sottoporsi a

⁸ Con questa espressione C. Fourier, all'inizio dell'800, ne 'La teoria dei quattro movimenti' ironizzava sull'idea illuminista e della rivoluzione francese di perseguire quella che Leopardi chiamerà "*le magnifiche sorti e progressive*".

screening o la partecipazione a momenti di educazione alla salute. Ciò rende indispensabile, per raggiungere l'obiettivo di una miglior protezione sanitaria della popolazione carceraria, moltiplicare e diversificare le occasioni, le fonti e le modalità di contatto, di informazione e di attività di tutela, educazione e promozione della salute. Nel momento in cui la domanda di salute trova un luogo di esercizio di una responsabilità, essa crea le condizioni di un riconoscimento sostanziale di cittadinanza. È forse qui che l'area sanitaria può convergere nella pratica con le aree educativa e trattamentale, in un compito solidale che sia quello, non di certificare la mera acquiescenza a una regola detentiva, ma di costruire insieme ai detenuti una responsabilità rispetto a se stessi, capace di orientare i percorsi riabilitativi. In questo modo il soggetto può ri-costruire progressivamente la propria autonomia e il proprio ri-posizionamento responsabile in una autodeterminazione competente. In modi diversi si possono forse intravedere processi che abilitano la persona ad essere portatrice delle proprie domande, responsabilizzandola e costruendo insieme ad essa spazi in cui la domanda diventa il punto nodale, misurando e riposizionando continuamente l'azione sulla base di questa evoluzione. Ciò che consente a ruoli diversi (educatori, psicologi, medici, personale penitenziario, ecc.) di comporre uno scenario trattamentale appropriato è forse l'obiettivo dell'autonomia del detenuto. Tale obiettivo può rappresentare infatti il punto di congiunzione tra mandati altrimenti divergenti, tra le traiettorie trattamentali, le esigenze di sicurezza e quelle della tutela e promozione della salute e dello sviluppo personale e sociale del detenuto. L'autonomia consiste e si rende esplicita nel fatto che la persona ristretta, ma non sottomessa; diventa progressivamente capace di ri-appropriarsi della propria domanda di riabilitazione di una cittadinanza responsabile, consapevole.

Entro questo quadro, assume una particolare rilevanza, nel momento storico attuale, la riaffermazione del diritto alla cura del detenuto come chiave interpretativa delle disposizioni in materia di trasferimento della sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale. Il decreto legislativo 230/99⁹ stabilisce che *“i detenuti, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza. Viene fatto riferimento, oltre ai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), anche ai piani sanitari”*. La fisionomia complessa della moderna concettualizzazione sulla salute (che non vede in primo piano solo i compiti di rimozione delle condizioni patologiche, ma anche quelli di prevenzione e promozione delle capacità individuali e collettive di costruire una 'buona salute') impedisce che il trasferimento delle competenze al Servizio Sanitario regionale inauguri una separatezza delle logiche della tutela sanitaria e del trattamento penitenziario. Al contrario, si possono chiaramente rintracciare entro la norma (dpcm 30/5/2008)¹⁰ alcune linee che devono presiedere al trasferimento delle funzioni:

- Differenziazione ed integrazione dei servizi sanitari e assistenziali.

⁹ D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, “Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419” (in *G.U.* 16 luglio 1999, n. 165, *suppl. ord.* n. 132).

¹⁰ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria” (*G.U.* 30 maggio 2008, n. 126).

- Enfasi sulla prevenzione e promozione della salute e non solo sulla cura e riabilitazione
- Piena integrazione tra la sanità penitenziaria e i presidi socio-sanitari e assistenziali territoriali

La tutela e la promozione della salute è quindi un'opportunità che corrisponde a un interesse sostenuto dei detenuti e delle detenute rispetto alle proprie condizioni di salute fisica e psichica. D'altra parte, la Costituzione stessa della nostra Repubblica "*riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo*" (art.2 Cost.¹¹), e l'art. 32 richiama proprio la salute come "*fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*", e ne garantisce la tutela anche per i cittadini ristretti: questi ultimi infatti, pur vedendo limitato il proprio diritto alla libertà personale, mantengono questo diritto fondamentale indipendentemente dalla propria condizione giuridica.

Ci troviamo di fronte ad un cambiamento complesso di committenza, che richiede un ripensamento dell'intera *governance* delle Istituzioni coinvolte per la specificità dei bisogni e delle condizioni dei detenuti rispetto alla concentrazione di patologie, ai rapporti con le autorità giudiziarie e all'impossibilità per i detenuti di scegliere liberamente i servizi a cui rivolgersi. Al tempo stesso, si tratta di un movimento nella direzione del riconoscimento ai detenuti del proprio status di *cittadini* prima che di ristretti. Se la società non vuole espletare un mandato punitivo attraverso il carcere, ma proporre una visione più generale in cui alla tensione verso la sicurezza corrisponda anche una presa di coscienza dei detenuti dei propri diritti e delle proprie possibilità e capacità di cura, l'obiettivo critico dovrà essere la costruzione di una coerenza delle politiche e delle pratiche della sicurezza che riconoscano che il riposizionamento dei detenuti rispetto alle proprie traiettorie di assunzione di responsabilità comporta una continua e condivisa assunzione di responsabilità da parte dell'istituzione.

Lungo questa traiettoria, peraltro, l'esperienza di questi ultimi anni (registrata anche nei percorsi formativi curati dal gruppo di lavoro sul carcere dell'Università di Bergamo) ha messo in evidenza alcune rilevanti potenzialità verso un'integrazione della prospettiva sanitaria e trattamentale. E' evidente che i dispositivi auspicati, e in parte messi in atto nell'esperienza degli ultimi anni, richiedono il passaggio culturale e operativo da una logica di 'presidio' (ad esempio con la costituzioni di dispositivi di psichiatria del disagio mentale in carcere) ad una logica di 'integrazione' tra le prospettive sanitarie, sociali che guardino alla questione del detenuto e al disagio in una nuova prospettiva freireana di una 'pedagogia' della liberazione, capace di decostruire progressivamente gli apparati di controllo della persona e di aprire spazi, tra carcere e territorio, di riposizionamento sociale, di responsabilità e non di mera acquiescenza ad un ordine costituito.

C'è da chiedersi, a questo punto, se trasferimento delle competenze sanitarie penitenziarie al SSN non potrebbe essere l'occasione per un ripensamento radicale della questione

¹¹ "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale" (Art.2 Cost.).

penitenziaria e della questione criminale, come (sia pure con le debite proporzioni) la legge Basaglia è stata occasione di ripensamento del sistema psichiatrico e della malattia mentale. Vi sono molte ragioni per pensare che così non sarà in Italia, anche per il fatto, drammaticamente non scontato e imprevedibile, che un sistema medico-sanitario mainstream (e un sistema psichiatrico) aziendalizzato è probabilmente in ritardo rispetto alle punte avanzate di un sistema penitenziario che sembra invece porsi più interrogativamente sulle traiettorie della riabilitazione, anche se in un deserto di prospettiva politica di cambiamento, fortemente condizionato da riflessi regressivi assai diffusi e di chiusura attorno ad una domanda di normalizzazione (quando non di militarizzazione) delle politiche di sicurezza.

Non sarà così, anche perché il carcere denuncia un arretramento delle condizioni di vita dei detenuti e un appesantimento delle condizioni di lavoro degli operatori penitenziari, drammaticamente segnalato dall'impennata delle statistiche dei suicidi dall'una e dall'altra parte, nella sostanziale indifferenza di un'opinione pubblica manipolata che sembra solo allarmarsi di fronte ai problemi della propria sicurezza privata. E' anche per questo che occorre riconsiderare il problema della salute in carcere a partire da un ripensamento critico della stessa questione criminale e della sicurezza del territorio. Come dice Tamar Pitch, se *“oggi la questione della sicurezza, intesa come sicurezza rispetto al rischio di vittimizzazione da criminalità di strada ma anche come sicurezza rispetto ai rischi posti dal terrorismo, è diventata centrale nelle retoriche e nelle politiche locali e globali”* d'altra parte *“è impossibile comprendere la questione criminale senza collocarla in una dimensione che tenga insieme globale e locale, sicurezza interna ed esterna, che non si interroghi sui conflitti sociali e culturali della nostra epoca misurandosi con le nuove strategie di controllo del territorio e con le retoriche sulla penalità e la sicurezza, con la guerra, il terrorismo, i mercati illegali transnazionali, le migrazioni, e le questioni della giustizia, della democrazia e dei diritti fondamentali a livello locale e globale”* (Pitch, 2006, pag. 1).

Riterritorializzare la Psicologia della Salute

La psicologia della salute, alla fine di questo itinerario nel paesaggio disincantato della città postmoderna, si è trovata di fronte alla complessità simbolica di una umanità balbettante e inquieta che preme ai confini di una città spaesata, confini che spesso coincidono con quelli di una società della cura, in cui la salute comporta riposizionamenti continui lungo linee di separazione tra territori e persone, che spesso attraversano le soggettività e imprimono loro torsioni e divergenze. In queste posizioni la psicologia sperimenta la possibilità di riconsiderare la relazione tra i propri dispositivi strumentali, i propri assetti teorici e gli sfondi ideologici con cui ha a che fare. Tutto questo le si propone come sfida a ridefinire una propria teoria della tecnica a partire dal riconoscimento della propria liminarità e, forse, del proprio spaesamento. Forse in ragione di questo spaesamento, i giovani psicologi amano indugiare nel classificarsi per 'orientamenti'; ma l'orientamento *disorienta*, perché chiude, vincola ogniqualvolta propone di affidarsi ad una tecnica piuttosto che di avvalersi in modo disincantato di un metodo di ricerca plurale.

In questo vagabondare attento, ma non sistematico, lungo i confini indefiniti di una civiltà in trasformazione, forse la psicologia può incontrare il desiderio e l'urgenza di una riflessività critica che le consenta di rintracciarsi e di rimettere insieme la propria *chaine signifiant*. Ciò può aiutare la psicologia della salute a riguardare la propria storia recente e i propri fondamenti, alla ricerca di nodi critici con cui impegnarsi, non già nel compiacimento della presunta conquista di una professionalità dai contorni netti, ma piuttosto nella tensione ad esercitare una critica sistematica, una revisione attenta del proprio posizionamento nel mondo, ricominciando proprio dall'esplorazione di soggetti, contesti e azioni in cui la salute è in gioco, a sostenere lo sguardo penetrante di Igea¹², dea della salute e figlia di Asclepio, mentre incrocia quello della sorella Panacea, dea del rimedio e della cura.

Appendice 1: Dérive urbane e Laboratori di futuro nella città di Piombino

di Ilaria Giovannelli e Paride Braibanti

Tra i meandri delle città, la salute e la partecipazione possono trovare un spazio di interazione volto a favorire l'avvicinarsi di sempre nuove trasformazioni nella realtà circostante e la valorizzazione delle competenze e delle risorse possedute dagli individui che abitano ed esperiscono il contesto urbano. La connessione tra i due elementi, può essere favorita e sostenuta, tra le altre cose, da un importante mediatore psico-sociale che Campbell e Murray (2004) riconoscono nella *coscientisation* (Freire, 1972), ovvero in quel processo di presa di coscienza critica che si verifica quando le persone divengono consapevoli delle caratteristiche peculiari dell'ambiente che li circonda e delle capacità che possiedono di trasformarlo attraverso l'azione (Freire, 1994). Ciò permette agli individui di mettere in gioco le proprie abilità nella risoluzione creativa dei problemi, liberando risorse dormienti e utilizzando le proprie idee in ambiti di intervento sempre nuovi.

In questa cornice di riferimento, si colloca il Progetto *L'importante è partecipare*, pensato per la città di Piombino¹³ e sostenuto formalmente dagli Assessorati alla Pubblica Istruzione e alle Politiche Giovanili, nonché dagli Uffici Giovani/Servizio Civile e Relazioni con il Pubblico del suddetto Comune.

Obiettivo generale del Progetto è la promozione di un percorso di partecipazione rivolto, in particolare, al gruppo di 11 giovani volontari impegnati nel Servizio Civile Regionale (SCR) del Comune e orientato ad offrire possibilità di pensiero, riflessione ed azione su tematiche di salute da loro stessi identificate nel contesto urbano. Quest'ultime, individuate sulla base di un processo preliminare di rilevazione di fatti, rappresentano il punto di partenza per l'avvio di un'azione collettiva trasformativa (Lewin, 1972).

¹² "Da Panacea a Igea" è il titolo di un saggio fondamentale di Mario Bertini (2001), mio maestro ed amico, a cui è dedicato questo lavoro, come ringraziamento per una lunga avventura nei sentieri nuovi, nomadi e intriganti della Psicologia della salute.

¹³ Piombino è un comune italiano di circa 35000 abitanti, in provincia di Livorno. Centro principale della Val di Cornia e principale polo dell'industria siderurgica in Toscana, è il secondo porto della Toscana dopo quello di Livorno.

Sebbene al gruppo dei giovani del SCR sia stato riconosciuto fin dall'inizio il ruolo di co-progettisti e autori centrali del percorso, il progetto ha mirato al coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* presenti sul territorio (leader locali e politici, cittadini, membri delle diverse comunità, associazioni, cooperative, imprese, istituzioni pubbliche e private, ecc.) e potenzialmente interessati ai temi di volta, in volta emergenti.

L'attenzione costante ai processi inclusivi ha permesso di rendere il processo attivato scevro da soluzioni precostituite e imposte dall'alto, di sostenere i partecipanti nell'esplorazione e nel riconoscimento delle capacità a loro disposizione e nella sperimentazione di un *iter* orientato alla democratizzazione della costruzione del sapere.

Il Progetto, inserito nella cornice teorica della ricerca-azione, ha preso avvio da una fase di contrattazione che ha avuto la finalità di condividere e rivederne gli aspetti chiave insieme ai giovani del SCR e ai Referenti dell'Amministrazione Comunale formalizzandone l'inizio. A seguire, gli 11 volontari hanno partecipato ad incontri in piccolo gruppo orientati al miglioramento della loro conoscenza reciproca e all'attivazione di pratiche riflessive (Iser, 1999) volte ad esplorare ed approfondire il loro posizionamento rispetto alle tematiche della salute e della partecipazione. Ciò ha permesso di rivedere le proprie rappresentazioni, idee e opinioni connettendole con quelli degli altri componenti del gruppo ed attribuendo ad esse nuovi significati. Sempre in questa fase sono state realizzate attività sul territorio. Tra queste, una 'deriva' in città ha permesso l'andare a vedere personalmente, e insieme ad altri, i luoghi dando valore alle situazioni contingenti, enfatizzando i diversi tipi di conoscenza iconico-relazionale, ed ascoltando attivamente gli spazi attraversati risignificandoli (Sclavi, 2003).

Essendo la '*dérive*' una pratica condivisa con altre persone, si caratterizza per un elevato grado di intersoggettività. Le conoscenze prodotte attraverso il camminare sono il risultato dell'interazione e della cooperazione tra i membri del gruppo che nell'attraversare i contesti mettono in gioco le proprie peculiarità e storie. La transazione tra gli attori permette di costruire e ricostruire i problemi e le teorie rispetto ai luoghi della città in nuove configurazioni che siano in grado di influenzare e mettere in discussione i quadri interpretativi fino ad allora applicati.

Nel progetto, la camminata ha avuto una funzione fondamentale per l'individuazione di tre tematiche di salute da parte dei giovani servizio civilisti:

- decoro urbano e riqualificazione ambientale;
- valorizzazione del territorio e strategie occupazionali;
- integrazione e promozione delle reti e del sostegno sociale nella comunità.

Per cercare di capire se tali aree risultassero importanti anche per i cittadini, nell'ambito di una manifestazione pubblica e attraverso il web, è stato diffuso un questionario mirato ad

esplorare le opinioni delle persone rispetto alle caratteristiche che Piombino dovrebbe avere affinché possa essere considerata una città della salute, ovvero una città che promuove il benessere delle persone che la abitano e la esperiscono quotidianamente. Da un'analisi preliminare dei dati raccolti, i temi identificati dal gruppo dei giovani risultano essere fondamentali anche per i rispondenti al questionario.

A seguito di questa fase di *outreach* (Wates, 2002), il progetto ha previsto la realizzazione di uno spazio di riflessione e progettazione aperto alla popolazione generale e agli altri portatori di interesse individuati a seguito di un'analisi sistematica delle diverse figure presenti sul territorio, funzionale al confronto tra prospettive e visioni differenti al fine di proporre azioni e strategie da implementare nel futuro. Quest'ultima fase, ancora in corso, assumerà la forma di un Laboratorio progettato prendendo spunto da metodologie già rodute, quali ad esempio i Laboratori del Futuro (Albanesi e Migani, 2004), le *Search Conference* (Bunker e Alban, 1997) e l'*European Awareness Scenario Workshop* (Andersen e Jaeger, 1999). Il Laboratorio, della durata di una giornata, sarà strutturato in modo tale da poter sostenere i partecipanti nello sviluppo congiunto di piani di azione strategici per ognuna delle tre aree di salute sopra elencate. Tutto ciò potrà avvenire grazie alla realizzazione di attività volte a stimolare la creazione di uno sguardo di gruppo sul futuro auspicato a partire da un approfondimento degli aspetti attualmente caratterizzanti il contesto urbano (Bunker e Alban, 1997). Le diverse proposte progettuali dovranno includere le aspettative, i desideri e la creatività di tutti gli individui presenti.

Al termine dei lavori, tali proposte verranno consegnate ai Referenti dell'Amministrazione Comunale che hanno espresso la volontà di custodirle e tenerne conto nella realizzazione di azioni prossime. Inoltre, essi si sono resi disponibili a partecipare attivamente al Laboratorio nel tentativo di superare la contrapposizione tipica delle relazioni che intercorrono tra politici, tecnici e cittadini.

In aggiunta alle finalità sopra descrittive, il Laboratorio tenterà di configurarsi come un momento , sia di condivisione di esperienze, sia di creazione di legami e reti in grado di promuovere possibili trasformazioni più ampie.

Alla luce di quanto detto finora, il Progetto *L'importante è partecipare* tenta di essere l'inizio di un percorso volto, non tanto all'avvio di un *viaggio di scoperta alla ricerca di nuove terre*, ma quanto, piuttosto, aperto alla possibilità di avere nuovi occhi per esplorare visioni alternative della città e comprendere quali elementi esse debba possedere affinché possa favorire la salute e il benessere delle persone, favorire la valorizzazione del capitale sociale della comunità, l'assunzione di responsabilità e di impegno in un percorso volto alla promozione della salute e l'esercizio della cittadinanza attiva (Marzana e Marta, 2012) intesa come "*capacità dei cittadini di organizzarsi in modo multiforme, di mobilitare risorse umane, tecniche e finanziarie e di agire con modalità e strategie differenziate per tutelare diritti esercitando poteri e responsabilità volti alla cura e allo sviluppo di beni comuni*" (Moro, 1998, p. 48).

Appendice 2: Sguardi in movimento a Zingonia

di Ilaria Putti, Chiara Brambilla e Paride Braibanti

Lo studio presentato si propone di (ri)dare voce alla complessità del contesto urbano di Zingonia¹⁴ (Bg), una realtà creativa e mobile che, tuttavia, è descritta nelle rappresentazioni 'istituzionali' dei mass-media come patologica, luogo degradato di esclusione e di divisioni tra gruppi sociali.

La ricerca è volta al raggiungimento di due obiettivi principali: indagare le modalità di percezione/rappresentazione di questo spazio urbano da parte dei bambini senegalesi, ponendo così attenzione alle strategie con le quali essi (ri)-abitano Zingonia; sovvertire l'idea essenzializzante e uni-vocale di 'luogo' come oggettivamente dato e, nel caso considerato, di Zingonia come luogo associato esclusivamente ad una visione negativa e patologica, facendo emergere, piuttosto, la capacità dei bambini di 'fare propri degli spazi', di istaurarci delle relazioni significative, di attribuirvi significati altri sulle 'vie di salute'. Lo studio si è avvalso di due 'pratiche', assunte come metodi in grado di legittimare uno 'sguardo plurale': il **camminare** (*dérive* e *walkscapes*) come atto primario di trasformazione dello spazio e di creazione del luogo (Debord, 1955, 1956; Careri, 2006) e le **mappe partecipative** (Chambers, 2006) come strumento attraverso cui 'dare' forma visiva alla pluralità di *walkscapes* (*participatory mapscapes*).

Lo studio è stato condotto da 8 bambine e bambini senegalesi (Kadi di 10 anni, Mouhamed di 7 anni, Aziz di 10 anni, Nogayed di 10 anni, Nabou di 7 anni, Mouhamed Fallu di 7 anni, Ndiagau di 8 anni, Famara di 10 anni) che hanno accompagnato Ilaria (la ricercatrice) nell'esplorazione condivisa dello spazio urbano di Zingonia. Dopo aver raccolto nei primi incontri le informazioni sulle storie di vita dei bambini e sui luoghi che sono soliti frequentare, Ilaria ha chiesto loro di accompagnarla in tre 'giri' per Zingonia. Dagli estratti delle narrazioni

¹⁴ Zingonia è una piccola città in provincia di Bergamo (Italia) che è nata da un progetto o, piuttosto, da un'utopia urbanistica, frutto ed espressione di un pensiero legato al boom economico del secondo dopoguerra. Nasce negli anni Sessanta, su iniziativa dell'imprenditore Renzo Zingone, che ambiva a creare una nuova 'città moderna' che conciliasse aree industriali, commerciali e abitative costruite ad hoc per i lavoratori. L'entusiasmo e la positività iniziale dei progettisti, dei comuni e degli abitanti che si ritrovarono nuove possibilità lavorative e di investimento "sotto casa, non tardarono ad affievolirsi. Zingonia non fu in grado di attirare manodopera nei numeri previsti dal piano originale, che immaginava di ospitare 50.000 abitanti, con un migliaio di unità produttive. I lavori di costruzione rallentarono progressivamente e agli inizi degli anni Settanta, Zingone abbandonò il progetto, lasciando l'appena sorta città al suo destino. Zingonia passò, in breve tempo, dall'essere vista come "panacea per i mali di un'area depressa" (Servitec, 2002, p. 99) a "corpo estraneo che sorge come un tumore tra i loro paesi. Ma cosa rimane oggi di questa utopia? Ad annunciare l'entrata a Zingonia resta il 'Missile', l'imponente obelisco che si erge a simbolo di quella che doveva essere una delle città più moderne del mondo, frutto di una logica progressista (L. Migliorini, L. Venini, 2001, p.15), che concepisce il tessuto urbano come spazio razionalizzato, centrato su un individuo standardizzato e storico. La forte richiesta di manodopera, portò Zingonia ad essere considerata, fin dagli albori, come città di immigrazione, che attirava e attira ancora oggi a sé, un gran numero di lavoratori non autoctoni. Molti stranieri vengono attratti dalla grande disponibilità di lavoro e dal deprezzamento del valore immobiliare, dovuto al progressivo abbandono e degrado dell'area, che permetteva loro di stabilirsi negli appartamenti popolari lasciati liberi dagli italiani che preferivano spostarsi nei paesi circostanti. I primi a stabilirsi nella zona sono stati i senegalesi. A seguire negli anni successivi si sono trovate a convivere sempre più persone di nazionalità diverse: marocchini, albanesi, pakistani, rumeni, nigeriani,... Oggi Zingonia è una città caratterizzata da un paesaggio urbano fatto di intersezioni multi-etniche. Descritto come un luogo di degrado, il tessuto urbano è mantenuto vivo dal ripopolamento di piazze, strade, parchi e soprattutto dalla presenza di molte realtà associative dei vari gruppi immigrati, che attivandosi spontaneamente sul territorio rafforzano la loro presenza e il loro legame con Zingonia, divenendo luogo di riferimento per le varie comunità presenti. E non solo. Infatti il ricco tessuto associativo creato dagli immigrati, fa sì che Zingonia diventi una tappa del percorso migratorio di molte persone, che possono contare sull'aiuto e l'assistenza dei connazionali già presenti da tempo sul territorio.

fatte durante le camminate e nei commenti successivi, emerge la rivisitazione, in chiave positiva, di tematiche quali i rapporti interpersonali o i luoghi normalmente identificati come pericolosi. I bambini e le bambine hanno potuto ribaltare e ri-funzionalizzare, grazie alle dinamiche che loro conoscono meglio, quali il gioco e la facilità nel rapportarsi con gli altri, la visione che i più hanno di Zingonia come luogo disadattato e socialmente inaridito. La città del bambino è fatta di persone e luoghi vissuti, fatta dalla propria scuola e della propria casa, dai nonni o dagli amici del cuore; spazi e angoli che via via diventano luoghi di esperienze vissute, percorsi noti che evocano fatti, persone, immagini, ricordi piccoli e grandi, piacevoli e tristi (Rogerri, 2005).

Mappe partecipative. La carta di Zingonia, realizzata dai bambini senegalesi che hanno partecipato alla ricerca, è stata redatta in forma manoscritta ed ha implicato due momenti significativi, che hanno avuto luogo contemporaneamente: la *narrazione* e il *disegno*. Più precisamente è stato fornito ai bambini un foglio e gli è stato chiesto di immaginare che fosse Zingonia e quindi di disegnare i luoghi più importanti che sono soliti frequentare. Accompagnare la narrazione al disegno ha però aiutato a generare un discorso pluri-vocale sulla carta, attraverso cui i significati attribuiti alle icone iscritte sulla mappa vengono costruiti, decostruiti e ricostruiti per arrivare alla condivisione di una narrazione comune, in grado di far emergere il concatenamento tra le icone stesse.

Assumendo la carta come ‘campo semiotico’ (Casti, 2000, p. 39), essa diviene “*un mezzo comunicativo in grado di incidere attivamente sull’appropriazione intellettuale del territorio, prescrivendo le direttrici di significato su cui s’incetra la comunicazione*” ed esprimendo così dei significati inediti. Una volta terminata la carta, infatti, è stato chiesto ai bambini di raggruppare, in insiemi immaginari, i luoghi disegnati. I raggruppamenti corrispondevano spesso ai vari tracciati effettuati camminando nella prima fase della ricerca e le narrazioni dei *Walkscapes* sono state messe in relazione, conseguentemente con un esercizio di intertestualità (Bachtin, 1981), con le narrazioni che hanno accompagnato la redazione della mappa partecipativa.

Le narrazioni dei bambini sono state infine messe a confronto con la rappresentazione del luogo fatto nei mass media. Tanta è la produzione giornalistica che, nel corso degli anni, si è interessata di Zingonia, sia a livello locale che nazionale. Zingonia è stata oggetto di disquisizioni all’interno del programma Matrix, condotto allora da un importante anchor man, Enrico Mentana, ‘Matrix’. L’accento del reportage era incentrato soprattutto sulla visione drammatica di come si vivono gli spazi in una città a quasi esclusivo consumo degli extracomunitari e di una supposta marginalizzazione dei. Le interviste giornalistiche sono state somministrate soprattutto a senegalesi, in particolare a quelli della ‘comunità senegalese bergamasca’ che, con i suoi 2000 affiliati, tutti regolari, è la comunità più grande d’Italia. Analoghi termini sono stati rilevati in importanti quotidiani Nazionali, come il Corriere della Sera.

La *tabula comparativa* che si riporta sotto permette di confrontare la narrazione dei bambini senegalesi e quella prevalente nei mass media. La ricerca ha consentito di far emergere le geografie nascoste che animano Zingonia, mostrandoci questo luogo oltre la

patologizzazione mass-mediatica attraverso lo 'sguardo in movimento' dei bimbi senegalesi, che (ri)abitano gli spazi del degrado. Tali risultati rendono evidente la necessità di una progettazione urbana partecipativa fatta a partire/con le persone: non sulla base dei bisogni presupposti dai 'tecnici della città', ma sulle esigenze dei cittadini.

Luoghi	Walkscapes & Participatory mapscales	Narrazioni emergenti dai media
Centro socio-educativo	punto di ritrovo per il gioco e per l'aiuto didattico	- città a quasi esclusivo consumo degli extracomunitari
Oratorio Zingonia	Spazio organizzato per il gioco	- ghettizzazione inversa (italiani ghettizzati)
Quattro torri	Luogo di appartenenza abitativo e ludico	- prostituzione
Kebabbaro	Buon cibo	- spaccio
Negoziò 'Punto e Virgola'	Negoziò per la scuola	- delinquenza
'Lago di Osio'	Contatto con la natura	- condizioni di vita basse per mancata manutenzione appartamenti
'Fiume di Zingonia'	Avventura e contatto con la natura	- le torri andrebbero demolite
Mercato di Zingonia	Bellissimo perché ci sono tante persone e tante cose da comprare	- città-ghetto
Centro sportivo	Punto di ritrovo per attività sportive e d'incontro	- pochi luoghi di integrazione
Scuola 'Fratelli Cervi'	Calda, amichevole	- una non-città nella città
Casa gialla	Luogo di passaggio familiare	- scarsi rapporti tra gruppi
Parco dietro alle quattro torri	Luogo pericoloso a causa di spaccio	- uno schifo
Bar Silver	Relax e incontro	- da gioiello ad angolo del degrado

La pluri-vocalità che emerge dalle narrazioni dei bambini, acquisisce importanza nel momento in cui, questa restituisce significato ai luoghi che i ragazzi abitano, ponendo uno sguardo differente su quelli che l'architetto definisce 'spazi che vanno demoliti e sostituiti', e che necessitano di essere riletti come luoghi investiti di significato, di vissuti, di fantasie e di emozioni. Ciò che emerge anche dalla *tabula comparativa*, nella colonna delle narrazioni mediatiche, è che esse si riferiscono solo alle 'quattro torri', mentre tutti gli altri luoghi non vengono tenuti in considerazione, non esistono e ciò sembra suggerirci che tali narrazioni, ponendo particolare attenzione ai contesti che apportano maggiori problematiche, contribuiscono ad imbastire quelle che potremmo definire 'geografie dell'esclusione', che interessano, innanzitutto, i luoghi, ma con essi la dimensione dell'abitar-li e che si basano, spesso, sulla patologizzazione dell'altro e, in questo caso, dei suoi luoghi.

Attraverso l'utilizzo di due pratiche (*walkscapes* e *participatory mapscales*) è stato invece possibile intravedere nuove e possibili 'vie di salute'. Si è imparato a vedere i luoghi di Zingonia attraverso 'sguardi altri e inediti', che chiedono di essere tenuti in considerazione. Da lì si deve ripartire a progettare, esattamente dal rapporto intimo e dall'investimento emotivo dei bambini su questo luogo, soprattutto in vista di nuovi interventi che intendano 'riqualificare' il contesto di Zingonia.

Bibliografia

- Albanesi, Cinzia, & Migani, Cinzia (2004). *Il lavoro di rete nella promozione della salute mentale*. Roma: Carocci.
- Andersen, Ida Elisabeth, & Jaeger, Birgit (1999). Scenario workshops and consensus conferences: Towards more democratic decision-making. *Science and Public Policy*, 26(5), 331 – 340.
- Bachtin, Mikhail (1981). *The dialogic imagination: Four essays*. Michael Holquist. Austin and London: University of Texas Press.
- Bauman, Zygmund (1988). *Freedom*. London: Milton Keynes, Open University Press.
- Beck, Ulrich (1992). *Risk-Society*. London: Sage.
- Bertini, Mario (2001). Da Panacea ad Igea: verso il delinearsi di un cambiamento di paradigma nel panorama della salute umana. *L'Arco di Giano*, 30, 11–31.
- Bertini, Mario; Braibanti, Paride, & Gagliardi, Maria Pia (1999). I programmi di Life Skills Education (LSE) nel quadro della moderna psicologia della salute. *Psicologia della Salute*, 2, 11-31.
- Bertini, Mario; Braibanti, Paride, & Gagliardi, Maria Pia (2006). *Il modulo «Skills for life» 11-14 anni. La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola*. Milano: Franco Angeli.
- Bolam, Bruce, & Chamberlain, Kerry (2003). Professionalization and reflexivity in critical health psychology practice. *Journal of Health Psychology*, 8(2), 215-218.
- Braibanti, Paride; Benaglio, Ana Maria, & Servidati, Maria Giuditta (2008). *Percorsi di life skills education nella formazione professionale: Una frontiera per la promozione della salute*. Milano: Franco Angeli.
- Bridgwood, A., & Malbon, G. (1995). *Survey of the Physical Health of Prisoners 1994*. London: OPCS.
- Bunker, Barbara B., & Alban, Billie T. (1997). *Large Group Interventions*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Butler, Judith (2006). *La disfatta del genere*. Roma: Meltemi.
- Campbell, Catherine, & Murray, Michael (2004). *Community health psychology: Promoting analysis and action for social change*. *Journal of Health Psychology*, 9(2), 187-195.
- Canguilhem, Georges (1966). *Le normal et le pathologique, augmenté de nouvelles réflexions concernant le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
- Careri, Francesco (2006). *Walkscapes: Camminare come pratica estetica*. Torino: Einaudi.
- Casti, Emanuela (1998). *L'ordine del mondo e la sua rappresentazione: semiosi cartografica e autoreferenza*. Milano: Unicopli.
- Chambers, Robert (2006). Participatory mapping and geographic information systems. *The Electronic Journal on Information Systems in Developing Countries*, 25(2), 1-11.
- Cornish, Flora (2009). Let's get real (with a small 'r'): For a health psychology that prioritizes the concrete. *Journal of Health Psychology*, 14(5), 638-462.
- Crossley, Michele L. (2000). *Rethinking health psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Debord, Guy (1955). *Introduction to a critique of urban geography*. Les Lèvres Nues #6 (Paris, Septembre 1955). Reprinted in Situationist International Online, <http://www.cddc.vt.edu/sionline/presitu/geography.html>

- Debord, Guy (1956) *Theory of the dérive*. Les Lèvres Nues #9, Paris, Novembre 1956. Reprinted in *Situationist International Anthology* (pp. 62-68), Berkeley (CA): Library of Congress, Bureau of Public Service, 2006.
- Donnelly, Tam Truong (2002). Contextual analysis of coping: Implications for immigrants' mental health care. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(7), 715–732.
- Dunn, Marianne G., & O'Brien, Karem M. (2009). Psychological health and meaning in life: Stress, social support, and religious coping in Latina/Latino immigrants. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 31(2), 204-224.
- Engel, George L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Farley, Tillman; Galves, Al; Dickinson, L. Miriam; & Díaz Pérez, María de Jesús. (2005). Stress, coping, and health: A comparison of Mexican immigrants, Mexican-Americans, and Non-Hispanic whites. *Journal of Immigrant Health*, 7(3), 213-220.
- Finkler, Kaja (2004). Biomedicine globalized and localized: Western medical practices in an outpatient clinic of a Mexican hospital. *Social Science & Medicine*, 59(10), 2037–2051.
- Flick, Uwe (2004). Qualitative research as social transformation. In Michael Murray (ed.), *Critical health psychology* (pp. 137-154). New York: Palgrave MacMillan.
- Fourier, Charles (1808). *Théorie des quatre mouvements et des destinées générales*. Trad. it. *La teoria dei quattro movimenti e altri scritti*. Torino: Utet, 1972.
- Fox, Dennis (2003). Expanding critical psychology's challenge for health and justice. *Journal of Health Psychology*, 8(2), 219–221.
- Freire, Paulo (1972). *Pedagogy of the oppressed*. Harmondsworth: Penguin. Trad. it. *La pedagogia degli oppressi*. Torino: EGA-Edizioni Gruppo Abele, 2002.
- Freire, Paulo (1973). *Education for critical consciousness*. New York: Continuum.
- Freire, Paulo (1994). *Pedagogy of hope*. New York: Routledge.
- Gadamer, Hans-Ggeorge (1993). *Über die verborgenheit der gesundheit*. Frankfurt am Main: Surkamp Verlag. Trad. it. *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina editore, 1994.
- Gelli, Bianca R. (2007). *Le nuove forme della partecipazione. Un approccio interdisciplinare*. Roma: Carocci.
- Giddens, Anthony (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Habermas, Jürgen (1971). *Knowledge and human interest*. Boston: Beacon Press.
- Íñiguez, Lupicinio. (1997). Discourse, structures and analysis: What practices? In which context? In Tomás Ibáñez & Lupicinio Íñiguez (eds.), *Critical social psychology* (pp. 147-146). London: Sage.
- Ixer, Graham (1999). There's no such thing as reflection. *British Journal of Social Work*, 29(4), 513-527.
- Khawaja, Nigar G. (2007). An investigation of the psychological distress of Muslim migrants in Australia. *Journal of Muslim Mental Health*, 2(2), 39–56.
- King, Roy D., & McDermott, Kathleen (1985). *The state of our prisons*. Oxford: Clarendon Press.
- Lewin, Kurt (1972). *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino.

- Likes, M. Brinton (2000). Possible contribution of a psychology of liberation: Whiter health and human right? *Journal of Health Psychology*, 5(3), 383-398.
- Marks, David F. (2004). Right to health, freedom from illness: a life and death matter. In Michael Murray (ed.), *Critical health psychology* (pp. 61-82). New York: Palgrave Macmillan.
- Marks, David F. (ed.) (2002). *The health psychology reader*. London: Sage.
- Martin Baró, Ignacio (1994). *Writings for a liberation psychology*. Harvard: Harvard University Press.
- Marzana, Daniela, y Marta, Elena (2012). La psicologia della liberazione: rilettura dei costrutti e ambiti di applicazione in Italia. *Psicologia di comunità*, 8(1), 27- 48.
- Mc Namara, Beverley (2004). Good enough death: autonomy and choice in Australian palliative care. *Social Science & Medicine*, 58(5), 929–938.
- Michelstaedter, Carlo (1913). *La persuasione e la retorica*, a cura di V. Arangio - Ruiz, Genova: Formiggini.
- Moro, Giovanni (1998). *Manuale di cittadinanza attiva*. Roma: Carocci.
- Murray, Michael (ed.) (2004). *Critical health psychology*. New York: Palgrave MacMillan.
- Parker, Ian (2007). *Revolution in psychology: Alienation to emancipation*. London: Pluto Press
- Piazza, Marina (1999). Dal lavoro di cura al lavoro professionale. Sinergie, contaminazioni, perversioni. In Duccio Demetrio, Elisabetta Donini, Barbara Mapelli, Salvatore Natoli, Marina Piazza, Anna Segre, *Il libro della cura di sé, degli altri, del mondo*. Torino: Ronsenberg & Sellier.
- Piazza, Marina (2003). Intervento al Convegno nazionale “*Curare ed essere curati: un’opportunità, un diritto*”. Commissione Nazionale per la Parità e le Pari Opportunità tra uomo e donna. Milano, 17 gennaio 2003.
- Pitch, Tamar (2006). Editoriale. *Studi sulla questione criminale*, 1.
- Radley, Allan (1994). *Making sense of illness*. London: Sage.
- Radley, Allan (2000). Health psychology, embodiment and the question of vulnerability. *Journal of Health Psychology*, 5(3), 298-304.
- Radley, Allan (2004). Suffering. In Michael Murray (ed.), *Critical health psychology* (pp. 31-43). New York: Palgrave MacMillan.
- Radley, A. (2004). *Making sense of illness: The social psychology of health and disease*. (pp. 162-188). London: SAGE
- Ricoeur, Paul (1991). Habermas. In Mario J. Valdés (ed.), *A Ricoeur reader: Reflection and imagination* (pp. 159-181). New York: Harvester Wheatsheaf.
- Roggeri, S. (2005). Life skills e legami sociali. Una ricerca-intervento sulla rappresentazione dei rapporti di vicinato nei bambini. In Braibanti, Paride, e Zunino, Anna, *Lo sguardo di Igea. Soggetti, contesti e azioni di psicologia della salute*. Milano: Franco Angeli.
- Sclavi, Marianella (2002). *Avventure urbane*. Milano: Elèuthera
- Sen, Amartya (1994). *La diseguaglianza*. Bologna: Il Mulino.
- Smith, Catrin (1998). Assessing health needs in women’s prisons. *Prison Service Journal*, July, 22–4.
- Smith, Catrin (2000). Healthy prisons: a contradiction in terms? *The Howard Journal*, 39(4), 339–53.

- Soylu, Ali (2007). *Do foreign workers experience more job-related stress than U.S. workers?* *Midwest Academy of Management 50th annual meeting*, October 4-6, 2007.
- Spisni, Ottavia (2006). Recensión a Judith Butler, La disfata del género. *Recensiones Filosóficas*, 25/12/06. <http://www.recensionifilosofiche.it/crono/2007-03/butler.htm>
- Stainton-Rogers, Wendy (1996). Critical approaches to health psychology. *Journal of Health Psychology*, 1(1), 65-77.
- Stengers, Isabelle (1996). Il medico e il ciarlatano. In Tobie Nathan e Isabelle Stengers, *Medici e stregoni*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Tones, Keith, & Green, Jackie (2004). *Health promotion. Planning and strategies*. London: Sage.
- Wates, Nick (2002). *The community planning handbook*. London: Earthscan.
- Wilkinson, Sue (2004). Feminist contributions to critical health psychology. In M. Murray (ed.), *Critical health psychology* (pp. 83-100). New York: Palgrave MacMillan.
- Willig, Carla (2000). A discourse dynamic approach to the study of subjectivity in health psychology. *Theory and Psychology*, 10(4), 547-570.
- Wong, Daniel Fu Keung, & Leung, Grace (2008). The functions of social support in the mental health of male and female migrant workers in China. *Health & Social Work*, 33(4), 275-285.
- Yun, Sung Hyung, & Park, Wansoo (2008). Clinical characteristics of alcohol drinking and acculturation issues faced by Korean immigrants in the United States. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(1), 3-20.

Historia editorial

Recibido: 31/08/2013

Aceptado: 03/09/2013

Publicado: 13/11/2013

Formato de citación

Braibanti, Paride (2013). Transurbanze: la psicología de la salud en el paisaje urbano postmoderno. *URBS. Revista de Estudios Urbanos y Ciencias Sociales*, 3(2), 53-79. Disponible en <http://nevada.ual.es:81/urbs/index.php/urbs/article/view/braibanti>



Los textos publicados en esta revista están sujetos –si no se indica lo contrario– a una licencia de [Reconocimiento 3.0](http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/es/deed.es) España de *Creative Commons*. Puede copiarlos, distribuirlos, comunicarlos públicamente, hacer obras derivadas y usos comerciales siempre que reconozca los créditos de las obras (autoría, nombre de la revista, institución editora) de la manera especificada por los autores o por la revista. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/es/deed.es>.

Es responsabilidad de los autores obtener los permisos necesarios de las imágenes que estén sujetas a *copyright*.

Para usos de los contenidos no previstos en estas normas de publicación, es necesario contactar directamente con el editor de la revista.

