

Cit: Castaldo M., Segneri M.C., (2019)
 “Storiografia di un’antropologia nella sanità pubblica. Intorno agli approcci, ai metodi, agli strumenti”, in Severi I. e Tarabusi F., *I frutti Puri impazziscono. Strumenti dell’antropologia e pratiche dell’etnografia al lavoro*, pp. 339-359 (Collana Contaminazioni).

Storiografia di un’antropologia nella sanità pubblica. Intorno agli approcci, ai metodi, agli strumenti

Miriam Castaldo e Maria Concetta Segneri

Parlare del proprio metodo di lavoro, scriverlo poi, non è mai facile. È un po’ come svelarsi e convocare in ordine le proprie scelte. Ecco, noi qui ci sveliamo, ma partendo da una indeterminatezza contrattuale che, pur segnando un lungo e complesso percorso lavorativo, ci ha condotte fino alla stabilizzazione definitiva presso l’*Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni*

Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP).

Per anni il nostro obiettivo, come anche i metodi utilizzati per raggiungerlo, sono stati mediati e sono rimasti imbrigliati nelle norme della Pubblica amministrazione, più specificamente quelle del Servizio Sanitario Nazionale (SNN). Numerosi sono stati gli approcci che abbiamo utilizzato per arrivare a sperimentare un metodo comune, anche a prescindere dalle aspettative istituzionali circa le modalità lavorative degli antropologi, e realizzare una continua etnografia della sanità pubblica dalla sanità pubblica di cui, di fatto, facciamo parte dal 2006. Non si può quindi affermare che ci sia stato un solo metodo, ma dei metodi, degli approcci, degli strumenti, tanti quanti ci siamo permesse di agire in questi 13 anni.

In questo articolo vorremmo concentrarci sulle strategie lavorative che ci hanno condotto, nelle reciproche diversità e

dopo un lungo e faticoso processo storico e politico, al riconoscimento prima e all'inquadramento professionale poi.

Vorremmo inoltre condividere la metodologia che ci ha portate a lavorare come antropologhe, perché essa testimonia l'efficacia di un complesso percorso che ha prodotto dei risultati tangibili (il contratto) che si possono misurare e che possono, anzi devono, essere replicati. Quindi, ci siamo dette, quale contributo più utile per chi questo lavoro lo fa già, vorrebbe farlo o lo ha anche solo attraversato? Noi che in questo ambito siamo rimaste, tentiamo qui di farne materia di riflessione e lo condividiamo.

L'arrivo all'INMP

L'arrivo degli antropologi (due donne e un uomo) nell'ente che diede i natali all'INMP ha seguito diversi percorsi: il primo risale al 2004 ed è stato legato alle esigenze universitarie di svolgere il campo di ricerca per la scrittura della tesi di laurea, l'altro risale al 2008 e ha riguardato, invece, un'attività di volontariato postdottorale, finalizzata a diventare attività lavorativa.

Nel 2004 la città di Roma contava una significativa popolazione straniera, i servizi a essa rivolti erano in gran parte gestiti dal terzo settore di area cattolica, la figura del mediatore culturale era già entrata nella sanità pubblica e i servizi territoriali rispondevano al bisogno di salute costituendo sportelli ad hoc (Caritas diocesana di Roma 2004). È dello stesso anno la proposta del "rito alternativo" all'infibulazione, avanzata dal dott. Abdulcadir e dalla dott.ssa Catania dell'ospedale Carreggi di Firenze, il cui intento era di ridurre il danno (Catania, Abdulcadir 2003). L'allora *Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale* dell'Istituto San Maria e San Gallicano fu scelta come campo di ricerca per indagare cosa pensassero di tale proposta le donne straniere provenienti da paesi a tradizione escissoria (Segneri 2005). L'indagine durò 18 mesi nel corso dei quali si aderì alle diverse iniziative promosse dall'ente trasteverino (meglio conosciuto come San Gallicano), distacco degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) Regina Elena e San Gallicano.

La Struttura Complessa era un contesto molto vivace, un poliambulatorio che sposava una visione integrata della medicina (per quei tempi innovativa), un luogo che promuoveva l'accesso alla salute della popolazione straniera in condizioni socioeconomiche precarie, attraverso la presenza di un corposo gruppo di mediatori culturali, un servizio di salute mentale che agiva un approccio etnopsichiatrico, infine due sportelli dedicati ai bisogni socio-sanitari e all'istanza di asilo (Ziglio *et al.* 2004).

In passato, già altri antropologi avevano frequentato l'ente per motivi di ricerca e il personale sanitario ci era entrato in contatto, seguendo anche corsi di antropologia e leggendo testi e articoli sulla materia. Il personale socio-sanitario, tra i quali l'allora direttore della Struttura Complessa, nutriva interesse nei confronti della figura dell'antropologo e appariva soprattutto curioso di capire cosa avrebbe comportato una sua inclusione nelle attività sanitarie, all'interno di una realtà già multidisciplinare, ove era stato riconosciuto uno spazio alla dimensione culturale della malattia tramite la presenza del mediatore culturale.

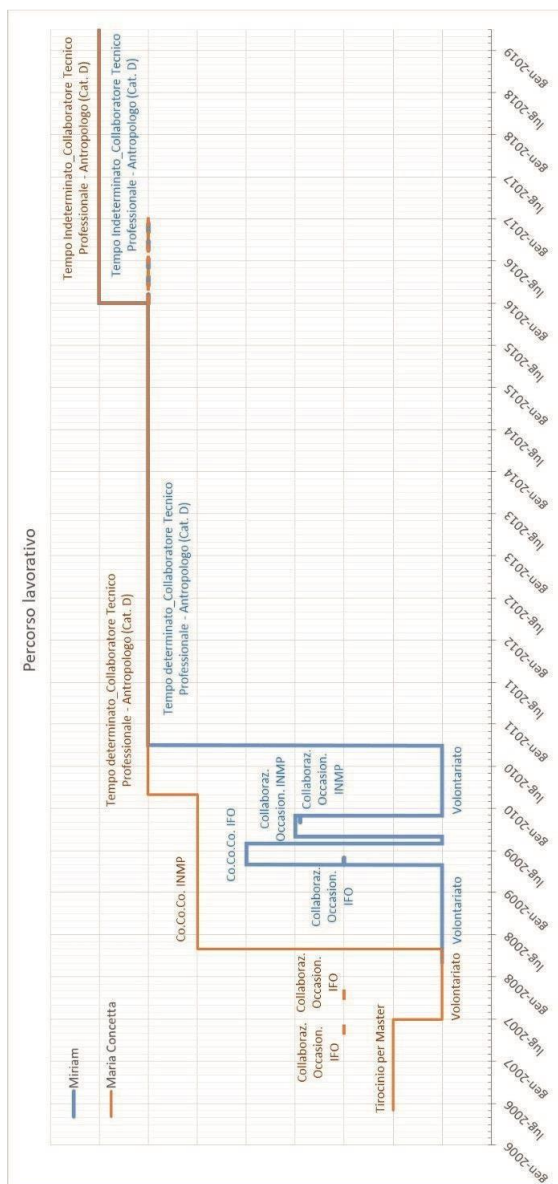
Al termine dello studio per la tesi di laurea, a una delle due antropologhe attualmente presenti presso l'INMP fu chiesto dagli psicologi della Struttura Complessa una collaborazione concordata e legittimata dall'IFO come "aggiornamento professionale". L'attività iniziò nel 2005 e si trattava di un intervento clinico congiunto per le persone richiedenti protezione internazionale che si rivolgevano all'omonimo sportello dell'ente, portando una domanda di salute le cui radici affondavano nella complessa problematica politico-sociale del diritto di soggiorno (Anagnostopoulos *et al.* 2008). Quell'esperienza confermò l'alta ricettività del contesto e aprì uno spazio per l'attivazione di un processo di inclusione e legittimazione della figura dell'antropologo all'interno della sanità pubblica. Si cercò pertanto di garantire la presenza quotidiana dell'antropologo (nonostante la precarietà economica), facendo confluire negli spazi sanitari attività di studio che ne legittimassero il lavoro. A tal fine, nel 2006 furono indirizzate verso l'ente le attività di tirocinio di un master universitario, inerente la progettazione della cooperazione per sviluppo, che consentirono un incremento di dialogo con il personale socio-sanitario, l'articolarsi di rapporti di fiducia e di una maggiore conoscenza dell'antropologia, sfociata nell'inserimento della disciplina nella attività cliniche. Tale intento fu perseguito anche scegliendo di realizzare parte del tirocinio presso una onlus, che svolgeva attività clinica in Etiopia, nella regione del Tigray, in collaborazione con i dermatologi della Struttura Complessa. Il direttore dell'omonima struttura, anch'egli dermatologo, accettò pur mediando, che l'indagine antropologica richiesta dal master fosse svolta presso nell'ospedale del Tigray. Giunti in loco si decise di collaborare anche in ambiti non affini allo studio antropologico e la restituzione dei risultati fu apprezzata per metodo e accuratezza (Segneri 2006). L'esperienza fu valutata positivamente anche da parte del personale sanitario, tanto da sollecitare il San Gallicano

a richiedere agli IFO un contributo economico destinato a nuove attività di supporto ai servizi socio-sanitari di carattere antropologico. Tale richiesta fu accolta, assumendo la forma di “prestazioni occasionali” e coinvolse entrambe le antropologhe nei campi della salute materno infantile in Italia e in Etiopia, protraendosi in maniera saltuaria dal 2007 fino a tutto il 2009.

La prima configurazione contrattuale

Il grafico che segue illustra il percorso lavorativo intrapreso, a partire dal primo riconoscimento contrattuale, indicando diacronicamente l'avvicendamento delle varie forme contrattuali e l'evoluzione dell'inquadramento professionale della figura dell'antropologo.

Quando nacque l'INMP, in seguito a una scissione e riorganizzazione istituzionale, la Struttura Complessa vi confluì con tutto il personale e l'esperienza maturata negli anni. Il nuovo Istituto mantenne per un breve periodo alcuni legami burocraticoamministrativi con l'IFO: una sperimentazione gestionale della durata di cinque anni (Legge n. 296, 27 dicembre 2006), vigilata direttamente dal Ministero della Salute. In quegli anni gli antropologi hanno lavorato per creare ex novo un metodo, degli strumenti e dei riferimenti teorici che consentissero loro di collocarsi in una realtà lavorativa in via di trasformazione, mantenendo un'eterogeneità di saperi e pratiche, un approccio integrato e una tensione costante per rispondere efficacemente a bisogni di salute portati da una popolazione eterogenea per provenienza geografica e condizione socio-economica. Dal 2007 alla metà del 2010, l'attività antropologica realizzata nell'ambito



di setting clinici psicologici e medici fu affiancata anche da quella formativa, rivolta al personale socio-sanitario esterno all'INMP, inoltre dall'attività di ricerca svolta, sovente insieme a personale sanitario, presso alcuni contesti, quali centri di accoglienza per persone richiedenti protezione internazionale. Nello stesso arco temporale ebbero luogo anche le prime collaborazioni a progetti

di scrittura che si sono concretizzati in pubblicazioni a carattere divulgativo (Morrone 2008a, 2008b, 2009). In tali pubblicazioni, la riflessione critica fu introdotta con strategica cautela dalle antropologhe, utilizzando l'approccio degli storici delle migrazioni italiane (Bevilacqua 2001; Fanzina 2003; Pastore, Trinchetti 2008), del giornalismo di inchiesta (Stella 2002; Gatti 2005; Liberti 2008) e di quello geopolitico (Del Grande 2007; De Luca 2007; Forgiante 2007). Ciò permise di inserire prospettive care alla riflessione disciplinare (come il relativismo culturale, il decentramento, la decostruzione, ecc.) a partire da approfondimenti storico-politici che, servendosi di un linguaggio semplice, scarno e diretto, conducevano ad approfondimenti puntuali dei processi analizzati: l'accesso ai servizi sanitari da parte delle persone migranti in particolar modo africane; i bisogni di salute di chi chiedeva protezione internazionale; il trattamento sanitario delle donne che presentavano MGF;¹ i sistemi esplicativi e le pratiche di cura portati dai pazienti stranieri. In quegli anni si cercò di fare molta attenzione a non avvalorare approcci culturalisti (e culturalizzanti) nelle problematiche socio-sanitarie emergenti, trasformando le richieste poste sia da medici e psicologi, sia dalla dirigenza in opportunità per far conoscere meglio l'approccio dell'antropologia medica (Tarabusi 2016) e agirlo nella sanità pubblica. Utilizzare per l'indagine antropologica tali spazi di azione, anche se precostituiti e decodificati secondo interpretazioni stereotipate, è stato decisivo sia per l'instaurazione del dialogo con tutte le figure professionali presenti che per la decostruzione e ri-significazione delle retoriche agenti al suo interno. Le caratteristiche di precarietà giuridica dell'INMP, basate sulla possibilità di sperimentare nuove pratiche di cura anche "attraverso" e "con" nuove professionalità, consentivano agli antropologi di posizionarsi, scegliere, elaborare e definire strategie di azione per poter agire la disciplina in un ambito che man mano andava definendosi, anche e soprattutto nei termini della professionalizzazione dell'antropologo all'interno del SSN.

Verso il riconoscimento

Lo status di sperimentazione giovò molto alle antropologhe. In effetti ha permesso loro di fruttare ogni occasione, non solo nell'ambito clinico, ma anche in quello formativo e di rappresentanza istituzionale, per promuovere la pratica

¹ Modificazioni Genitali Femminili.

antropologica nei suoi aspetti più tangibili, come la capacità analitica *tout court*, quella di mediare fra le parti, di includere le pluralità, di negoziare fra i poteri, nonché di far emergere significati impliciti. Questa possibilità aprì maggiori spazi di azione, portando gli antropologi a farsi carico di ruoli istituzionali differenti (e diversificati): dal coordinamento di servizi di salute, agli incarichi presso tavoli inter-istituzionali, fino all'organizzazione e alla partecipazione a corsi ECM, convegni e congressi, tra le altre attività. L'intenso lavoro di promozione del lavoro antropologico nella sanità pubblica ha portato nel 2010 alla concretizzazione del primo contratto a tempo determinato in qualità di "collaboratore tecnico professionale – antropologo (cat. D)" a tempo pieno per trentasei ore settimanali –. Gli antropologi entravano nell'istituzione sanitaria dell'INMP al pari dei tecnici infermieri, ostetriche, radiologi, ortottisti e podologi, già riconosciuti nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto sanità (CCNL), in ragione di un sapere specifico riconosciuto utile alla pratica clinica, sia in termini di abbattimento delle "barriere linguistico-culturali" riguardanti l'accesso e la fruizione al SSN sia in termini di orientamento del processo diagnostico-terapeutico (Napier *et al.* 2014). Il riconoscimento contrattuale e le esperienze maturate nella clinica, nella ricerca e nella formazione permisero di strutturare meglio un primo lavoro di rete, che aveva incontrato non poche battute di arresto per quelle che possono definirsi 'intricate relazioni' di cui si è fatta esperienza con una certa antropologia accademica, che si è espressa con reticenza nei confronti dell'antropologia applicata presso i servizi territoriali. Si entrò così in contatto con enti regionali, nazionali e internazionali che furono mappati mediante le tecniche della *Social Network Analysis* (SNA) per avere maggiore contezza dell'intensità delle relazioni che si andavano via via intessendo. L'individuazione di questi *stakeholder* rispondeva a una doppia esigenza: confrontarsi e dialogare sull'esperienza maturata e formarsi su teorie, metodi e strumenti di psicologia, statistica, comunicazione, necessari nel lavoro quotidiano (a oggi questa mappatura conta circa cinquanta soggetti, fra poli universitari, centri di ricerca multidisciplinare, ospedali, istituzioni e associazioni del terzo settore).

Il 2011 ha rappresentato uno snodo molto critico all'INMP che ha messo seriamente in discussione l'esperienza realizzata fino ad allora. L'Istituto è stato commissariato dal Ministero della Salute e, dopo un periodo di riassetto generale anche con la nuova dirigenza, è stato definitivamente stabilizzato (Legge n. 189, 8

novembre 2012), dando inizio a una nuova fase per tutto il personale. Nuovi equilibri e nuove negoziazioni di ruoli, di mansioni e di tempi di lavoro furono ridefiniti anche per gli antropologi che, nel corso di tre anni (dal 2011 al 2013), hanno partecipato e superato due avvisi pubblici per “collaboratore tecnico professionale antropologo, cat. D”. Gli antropologi contrattualizzati furono tre, due dei quali – le autrici – destinati alle attività del poliambulatorio, uno a quelle di progettazione. Gli anni che seguirono, fino al 2014, furono dedicati alla ridefinizione di strumenti, metodi e pratiche applicati all’interno di un campo d’azione plurale, polifonico e mutevole, come si configurava il poliambulatorio, facendo materia di riflessione delle criticità riscontrate negli anni precedenti: conflitti inerenti i campi di competenza, ruoli e responsabilità nel lavoro clinico integrato. Fu un periodo di grande vivacità ove si è lavorato su diversi piani: quello della formazione personale, per accrescere un bagaglio di conoscenze e competenze; quello del *networking*, per implementare lo scambio di esperienze e la riflessione critica sul lavoro realizzato; quello della supervisione delle pratiche adottate; quello del sostegno psicologico-psicoterapico individuale, per far fronte a disagi emotivi e segni di *burn out* (come si approfondirà più avanti nel testo) subentrati nel lavoro clinico con popolazioni vulnerabili per condizione socio-economica, riconoscimento politico e problematiche di genere. In questa fase la collaborazione con la clinica medica crebbe, concentrandosi soprattutto in progetti sanitari specifici, ove era possibile realizzare ricerche di antropologia volte ad approfondire aspetti che, dall’osservazione clinica e dagli studi di settore, risultavano impattare la salute della popolazione presa in considerazione. Gli argomenti affrontati furono differenti: incidenza delle interruzioni volontarie di gravidanza sulla popolazione romena e nigeriana assistita (2011-2012); pratiche dell’allattamento e i modelli di svezzamento e di accudimento nelle popolazioni latino americane (2013); prurito *sine materia* nella popolazione migrante medio-orientale e dell’Africa centrosettentrionale (2013); cittadini cinesi richiedenti protezione internazionale per motivi religiosi (2015-2017); malattie neglette (soprattutto Chagas) riguardanti la popolazione latinoamericana residente a Roma (2017-2020), ecc. Queste esperienze di ricerca furono e sono tutt’ora importanti, perché permisero alle scriventi di avvicinarsi sempre più ai medici, dialogare con loro, scambiare le reciproche prospettive, provare a meticcarsi, partendo da un immaginario già acquisito sull’uso della ricerca antropologica in ambito sanitario (Bodini *et al.* 2016;

Bagaglia, Polcri 2017). Tali ambienti di ricerca hanno inoltre fatto emergere quanto fosse diversa la collaborazione con medici e psicologi: ove i medici erano più inclini alla ricerca di approfondimenti antropologici specifici su particolari popolazioni; gli psicologi erano più propensi al dialogo e al confronto continuo su quanto emergeva sui processi di cura di persone straniere.

Con il trascorrere degli anni sono state osservate chiusure e irrigidimenti verso nuove proposte metodologiche avanzate nella collaborazione con il personale clinico medico e psicologico, ai quali si è tentato di rispondere problematizzando congiuntamente il metodo multidisciplinare nei setting clinici per il superamento degli ostacoli riscontrati, come si vedrà poco oltre. Le antropologhe hanno costruito e applicato un'indagine in cui si chiedeva al personale di indicare quando, come e perché entrava in relazione con gli antropologi e, qualora non lo avesse fatto prima, in che modo avrebbe voluto relazionarsi. L'indagine, realizzata agli inizi del 2014, ha consistito nella somministrazione di un questionario semi-strutturato per rilevare – in sintesi – come collaborare. I risultati di questo rilevamento furono oltremodo preziosi perché mostrarono le cause, le possibilità e le potenzialità di un nuovo percorso di lavoro collaborativo. Questi risultati confluirono nella ridefinizione delle modalità di lavoro dell'antropologia medica all'interno del poliambulatorio, nell'ottica della condivisione, dell'inclusione e della co-costruzione. La disciplina si configurò come un "servizio sanitario", la cui collaborazione si strutturava mediante un'apposita "Disposizione organizzativa del Servizio di Antropologia medica" per rispondere ad alcuni dei bisogni espressi dal personale socio-sanitario, tra cui l'esigenza di superare gli ostacoli alla collaborazione attribuiti alla diversità dei linguaggi e dei metodi.

Il 2014 fu un anno importante anche per un altro motivo, iniziò infatti a ventilarsi la possibilità di un inquadramento a tempo indeterminato per il personale dell'Istituto, grazie ad alcune riforme interne alla pubblica amministrazione (Legge n. 124, 7 agosto 2015). Alla fine del 2016, a seguito del superamento di un concorso pubblico, l'Istituto ha assunto i tre antropologi con contratto a tempo pieno e indeterminato in qualità di "collaboratore tecnico professionale – antropologo cat. D - CCNL Comparto Sanità" il cui luogo di collocamento per le due antropologhe che scrivono sarebbe stato sì il Poliambulatorio, ma in particolare l'*Unità di salute mentale*. Vale la pena evidenziare due punti che restano aperti in questo faticoso percorso: oltre agli

incarichi riconosciuti dall'inquadramento professionale adottato (ESCO 2018; ISTAT 2019), gli antropologi hanno svolto anche attività di coordinamento con responsabilità e ruoli dirigenziali, pur rivestendo un ruolo tecnico (Legge n. 3, 11 gennaio 2018). A tutto'oggi, antropologi e mediatori culturali costituiscono eccezioni professionali mediate e validate nell'ambito dell'INMP e non acquisite (ancora) formalmente dall'intero SSN.

Pratiche e metodi antropologici ai tempi della clinica

L'inserimento formale e strutturato nell'Unità di salute mentale sembrava quasi naturale se si pensa agli itinerari dell'antropologia medica critica più avveduta in Italia (il Centro Frantz Fanon a Torino; l'equipe etnopsichiatrica nel SERT dell'ASL 4 a Chiavari; l'allora Centro di Studio e Ricerche Georges Devereux a Bologna) chiamata a dare un senso a quelle spaccature psichiche rappresentate attraverso il corpo (alterazioni dello stato di coscienza la cui eziologia è attribuita tra gli altri fattori a possessioni, "mali" inviati, stregonerie, ecc.), tanto da mettere in crisi i servizi territoriali e i suoi operatori psicologi e psichiatri cui tali domande di cura erano poste.

Per numerosi anni di lavoro all'INMP chi scrive ha tentato di riprodurre un approccio già ampiamente sperimentato in ambito clinico in Francia nella cura delle persone migranti (Nathan 1996), pure con tutte le criticità evidenziate, a ragione o meno (Fassin 2000). Tuttavia, più ci si strutturava nel dispositivo clinico composto da psicoterapeuta, mediatore e antropologo, e talvolta da altre professionalità, più impellente appariva la necessità di ripensarsi in setting separati (antropologo, mediatore, Castaldo 2014). Prima dei dubbi si sono svelati i nostri corpi stanchi, poi la confusione che si meticcava impropriamente con i dolori che portavano le persone che si affastellavano nei corridoi del poliambulatorio, aspettando di essere accolti. Cittadini che richiedevano protezione internazionale e che nel nostro dipartimento domandavano di essere curati, oltre a una certificazione che potesse sostenerli nell'audizione con la Commissione Territoriale, che potesse in sostanza, testimoniare in loro vece, tutta la violenza subita, perché sì, era "vero" che l'avevano subita (Agier 2008). La malattia come leva per il diritto di soggiorno, resta un importante snodo di riflessione con il personale clinico durante il percorso diagnostico-terapeutico; ora ancor di più a causa delle dinamiche soggettive e intersoggettive prodotte dalle restrizioni della nuova normativa, la Legge n. 132,

1 dicembre 2018, ma anche di questo è stato lungamente ed egregiamente scritto (Beneduce 2008, Fassin *et al.* 2005, Veisse 2003). Dunque, persone da capire, sofferenze da spiegare, dolori da mettere da qualche parte in corpi, i nostri, non preparati alla gestione di quelle sofferenze cui noi antropologhe eravamo in qualche modo incerte depositarie. Con tempi diversi abbiamo singolarmente iniziato a manifestare anche noi segni di una sofferenza da interpretare, da accogliere e soprattutto gestire. Ma come sostanziare quel senso di inadeguatezza nel sostenere ogni giorno numerose ore di colloqui passando nel giro di poche ore dall'Albania al Pakistan, dall'Iran a El Salvador? Da matrimoni organizzati con bambine di 12 anni e ripetutamente costrette con violenza a una vita ceduta; a donne nigeriane e i loro racconti di schiavitù, *madame*, uomini che no, non erano quello che dicevano e così via? Non alle prime avvisaglie, ma quando siamo state in grado di riconoscere, o meglio categorizzare, il *burn out* e dargli un senso, siamo state anche in grado di individuare il contenitore più adeguato per depositare le nostre inquietudini, sia attraverso un'analisi individuale, sia attraverso un tentativo di supervisione con il gruppo della salute mentale. Questo non è andato a buon fine, ma è un'altra storia che pure ci è stata utile per comprendere il profondo livello di sofferenza di tutti noi.

Il confronto con numerosi antropologi che si occupavano di antropologia medica in Italia non era stato efficace perché nessuno e nessuna, facente parte della rete che avevamo, salvo progetti di ricerca anche molto probi, si trovava a operare nella sanità pubblica ed essere strutturato nella stessa istituzione e poter, dunque, agire i metodi e gli strumenti dell'antropologia. L'antropologia medica sembrava aver abdicato le istituzioni pubbliche dal punto di vista della sua applicazione; ci lavorava da esterna, ma la nostra appartenenza appariva di tutt'altra natura. Chi invece ha rappresentato davvero un importante riferimento sono stati gli psichiatri e gli psicologi, soprattutto quelli del Centro Frantz Fanon che, incarnando per lo più una doppia professionalità di terapeuti e antropologi, ci hanno fornito strumenti e contenitori buoni per ripensare il nostro modo di agire percorsi di cura, l'esserci e lo stare. Terapeuti, dunque, non solo antropologi e quanto è importante dircelo tutto questo, dirlo a noi che l'antropologia medica cerchiamo di agirla direttamente nei servizi territoriali.

È stato a partire dal 2010-2011 che le scriventi hanno iniziato a ristrutturare i propri ruoli con le nuove competenze e consapevolezze acquisite e, basandosi sulla struttura che

formalmente andava acquisendo l'Istituto, sono stati negoziati e formalizzati i tempi, gli spazi di azione e di intervento (Hill *et al.* 2008) della pratica etnografica da svolgersi tanto nell'Unità di Salute Mentale, quanto in quella Medica Polispecialistica, per essere sintetici.

Come, quando, perché richiedere l'intervento di un antropologo? Tutto è stato normato e strutturato per tentare da un lato di istituire dei confini volti a tutelare noi stesse, dall'altro per darli al personale sanitario che con l'antropologia aveva a che fare. Utilizzando i codici semantici della clinica per codificare il lavoro, le antropologhe hanno proposto formalmente la costituzione di un Servizio di Antropologia medica situato presso l'Unità di salute mentale del poliambulatorio. La famigerata stanza 16, ex sala operatoria dell'altrettanto ex Ospedale San Gallicano – ancora con una vecchia lampada scialitica per ricordare quel sezionamento di corpi (Foucault 1998) – diventava un luogo dove, ora più che mai, le parti auspicavano di essere reintegrate.

Il Servizio di Antropologia medica è dunque normato nell'ambito dell'INMP dalla “Disposizione organizzativa del Servizio di Antropologia medica”, dell'11 luglio 2014, in cui sono definite le attività antropologiche da svolgersi presso l'Istituto come segue:

Il mandato Istituzionale e le peculiarità intrinseche dell'Istituto, richiedono una forte attenzione verso la diversità socioculturale, al fine di offrire un servizio sanitario che sia sempre più attento agli aspetti storici, sociali e culturali che contribuiscono al determinarsi e all'esprimersi delle malattie. Tale diversità è rappresentata in varie forme dalle persone che si rivolgono agli ambulatori ed è fonte di ricchezza sul piano conoscitivo, delle relazioni interpersonali e delle relazioni di cura.

Al fine di dare migliore attuazione a tali principi e valorizzare pienamente la figura dell'antropologo all'interno dell'attività sanitaria, si indicano di seguito le modalità operative e collaborative dell'antropologo con il personale medico, psicologo, infermieristico e con i mediatori transculturali. Consulenze antropologiche su richiesta del personale sanitario;

- attività di ricerca antropologica;
- attività di documentazione e di formazione.

In tale Delibera sono altresì normate le funzioni dell'antropologo, oltre alle modalità operative che qui non si riporteranno:

- consulenze per la clinica psicologica;
- consulenze per la clinica medica;
- progetti di medicina sociale e dispositivi medici; • progetti di ricerca scientifici;
- formazione e documentazione (INMP, 15 luglio 2014).

Se le attività di ricerca e quelle di formazione, vale a dire di docenza, costituiscono campi di azione condivisi con chi fa dell'antropologia il suo mestiere, al contrario l'intervento etnografico nel lavoro svolto per e insieme ai clinici, nell'ambito di quelle che abbiamo definito "consulenze", non costituiscono ancora un'area di lavoro comune, motivo per cui vale probabilmente la pena soffermarsi e farne motivo di riflessione. Il concetto stesso di *consulenza* ha prodotto importanti negoziazioni di metodo e prassi etnografica (Baba 1993; Borofsky 2011) con la dirigenza sanitaria da cui dipende il Servizio di Antropologia medica. Pur, dunque, utilizzando tale categoria si attua una profonda cautela nel tentare di non alimentare quell'*expertise* che nutre il parco dei "consulenti" e che rischia di svilire la complessità del lavoro antropologico, inoltre, abbiamo sinora agito pratiche etnografiche applicate ai bisogni di salute in una continua interazione con altri professionisti producendo, ove possibile, un reale orientamento del lavoro clinico (Brodin *et al.* 2011).

La richiesta di intervento antropologico è attivata quando si producono delle vere e proprie 'emorragie di senso' con cittadini provenienti da aree socio-geografiche europee ed extra-europee, per lo più rifugiati o richiedenti protezione internazionale, riguardante quel dolore e quella sofferenza inespriabile da un lato, incomprensibile dall'altro (Colucci 2013); ancora, quando la miopia allopatrica ignora altri significati e altre logiche eziologicoterapeutiche e il diritto alla salute non può essere esercitato che con il corpo teso, in allerta, produttore di sintomi e segni che provengono da semantiche aliene che spaventano e per lo più lasciano senza strumenti (Bennani 1980, Geschiere 1995). Tale richiesta, che diviene formalmente una consulenza, è sollecitata dal personale sanitario dell'INMP (psicologi, medici, tra cui psichiatri e infermieri) e riguarda bisogni di salute che

ostacolano l'intervento sanitario e che mettono i professionisti della salute in una condizione di importante fragilità interpretativa.

Le consulenze sono richieste anche in ragione della produzione di etnografie riportate in forma scritta o orale – volte ad analizzare, interpretare e spiegare i motivi della sofferenza veicolati dalle persone prese in cura – utilizzabili dagli organi competenti che gestiscono le varie fasi della richiesta di protezione internazionale (Beneduce 2007). Esse ci vengono sollecitate per le ragioni succitate anche da operatori socio-sanitari esterni all'Istituto e si tratta per lo più di psichiatri, psicologi, operatori di centri di accoglienza e avvocati.

Intorno alle consulenze

Al fine di condividere più concretamente tale prassi lavorativa, si riporta il caso di un uomo che abbiamo seguito nel corso del 2017 per 6 volte, insieme a un mediatore culturale la cui istanza di protezione internazionale è stata rifiutata dalla Commissione Territoriale e che con il suo avvocato ha effettuato un ricorso per appellarsi a tale decisione.

Lamine è originario della Northern Region del Ghana e fa parte del gruppo Dagomba. Arriva presso la nostra Unità di salute mentale perché inviato dal suo avvocato che ci chiede di prenderlo in cura e avviare un percorso di psicoterapia, perché preoccupato dalla salute mentale del suo assistito, peggiorata dal rifiuto della protezione perché lo si è considerato implicato in un omicidio. La richiesta dell'avvocato è anche quella del rilascio di una relazione psicodiagnostica per testimoniare il suo stato di salute mentale e una relazione antropologica per spiegare quello che neanche l'avvocato appare comprendere. Per telefono mi dice: "pare si tratti di magia nera... ma non ci capisco niente". Si avviano dunque una serie di colloqui multidisciplinari (si è stati tutti e tre contemporaneamente in ogni singola seduta) durati circa 6 mesi.

Privo di scolarizzazione, Lamine cresce con suo nonno *fetish priest*, un terapeuta tradizionale e uomo di riferimento per la sua comunità di origine. In adolescenza viene inviato a vivere da un amico del nonno, per imparare l'arte della caccia ed entrare nella foresta senza timore di attacchi da parte dei suoi abitanti, agenti del mondo invisibile. Lamine è destinato per lignaggio familiare a diventare un terapeuta come suo nonno e non è un percorso dal quale, ci dirà, può esimersi.

Le sue vicende migratorie avvengono intorno al capodanno Dagomba, il *Fire festival*. Circa due settimane prima dell'inizio del

capodanno, e per tutta la sua durata, è frequente che i membri maschi della comunità effettuino dei rituali al fine di verificare l'efficacia del *juju*, racconta Lamine; delle protezioni magicoreligiose, degli oggetti da portare sotto i vestiti, che *jujuman* o *fetish priests* hanno costruito per proteggerli durante il capodanno da attacchi malefici provenienti da uomini e spiriti, durante il capodanno. I test che gli uomini effettuano per sincerarsi che le protezioni siano efficaci consistono in tagli sulle braccia e sulle gambe effettuati verso sé stessi o da terzi con armi da taglio. Il grado di lesione della cute indica l'efficacia del *juju*. Un'altra tipologia di rituale riguardante l'efficacia e la potenza della protezione consiste nel porre i propri abiti, previamente indossati, su un albero e spararvi contro. Se i vestiti sono permeabili ai proiettili, ci spiega Lamine, significa che il *juju* è fragile e la persona verso cui è stato rivolto è vulnerabile; se, al contrario, le pallottole non scalfiscono gli abiti ciò è dimostrazione di una magia potente. A fronte della conferma di una protezione così efficace, si procede abitualmente a un'ultima prova volta a dimostrare tanto il potere di chi ha effettuato il *juju*, quanto l'invulnerabilità di chi lo "porta". Gli abiti che non sono stati intaccati dagli spari vengono indossati dagli officianti il rituale e si procede a colpirsi reciprocamente con armi da fuoco. L'esito di quest'ultimo rito può essere positivo e dare conferma dell'efficacia della protezione, o negativo e ferire la persona interessata, talvolta fino alla morte. Questo è ciò che è accaduto a Lamine e a un suo amico di infanzia, i quali hanno deciso insieme di verificare l'efficacia dei rispettivi *juju* preparati per entrambi dai reciproci nonni paterni. La prova dell'albero è stata positiva per entrambi, i loro abiti sono rimasti illesi dai proiettili, ma quando hanno indossato i vestiti, mentre Lamine è rimasto illeso dai proiettili esplosi dal suo amico, questi è invece deceduto quando Lamine gli ha sparato.

La morte di un uomo protetto da un *juju* pare testimoniare sia la fallacia di chi l'ha messo in atto, sia la fallacia di chi avrebbe dovuto rispettare delle norme per il suo corretto "funzionamento". La morte di una persona protetta da *juju* può costituire al contempo una minaccia al sapere magico-terapeutico del *jujuman* che l'ha costituito e, di conseguenza, del suo ruolo sociale e politico di controllore dell'umano e del sovraumano; ma può significare anche un processo di riorganizzazione sociale intorno alla persona deceduta, che potrebbe cambiare status sociale, divenendo protettore o persecutore. L'inefficacia del "lavoro" attuato dal *jujuman* sembra condurre la collettività in cui opera a ripensare le gerarchie sociali, ove tale specialista ne

costituisce uno dei cardini; ciò è evidenza della redistribuzione di poteri ove quelli esistenti non appaiono più in grado di controllare la vita e la morte. Il *Fire festival* per la popolazione Dagomba è uno dei momenti rituali di sospensione della norma in cui sono possibili azioni che in un tempo quotidiano non sarebbero consentite. La festa sollecita il cambiamento sociale e gerarchico sfidando i poteri vigenti attraverso il sacrificio dei corpi degli officianti che si sottopongono a prove rituali.

Il lavoro dell'antropologo ha consistito nell'orientare il percorso psicoterapeutico attraverso una serie di ricerche etnografiche riguardanti le narrazioni di Lamine, nel fare emergere nella sua sofferenza le tabuizzazioni, le infrazioni sociali da lui portate e il *juju* come da lui interpretato e rappresentato, interrogando i rapporti di potere, detenuti tanto da suo nonno, quanto dal nonno del suo amico deceduto, riorganizzatisi nella comunità in seguito al fallimento della protezione effettuata. Le osservazioni e le analisi sono state ogni volta discusse con il terapeuta e con il mediatore, per poi essere restituite attraverso una relazione etnografica consegnata a Lamine in forma cartacea, insieme al certificato psicologico e a quello medico. I tre documenti sono stati da lui consegnati al proprio avvocato affinché, in sede di udienza potesse mostrare e spiegare il significato e il senso del *juju* nell'ambito dei cui codici è deceduto un uomo.

Non sappiamo come sia andata l'udienza e non abbiamo più notizie di Lamine da molto tempo. Abbiamo tuttavia deciso di narrare il lavoro svolto intorno a questo caso perché ad avviso delle scriventi, la perdita di contatto con numerose tra le persone incontrate in percorsi di cura, costituisce un ineluttabile dato di realtà.

Conclusioni

Il processo di formale riconoscimento di una professionalità, quella antropologica, e di un altrettanto formale inserimento de iure nel SSN attraverso una contrattualizzazione a tempo indeterminato, pur se ancora un'eccezione applicata solo nell'ambito dell'INMP di Roma, costituisce una circostanza sociale e politica cui occorre riservare adeguata attenzione e idoneo stupore. Attenzione all'andamento normativo, procedurale, ma anche più squisitamente morale, convocato dagli organi deputati all'organizzazione della salute pubblica in Italia nei

confronti di cittadini portatori di eterogenee nazionalità e relativi diritti; stupore perché negli interstizi di questi discorsi intorno alla salute e al diritto si sono inseriti gli antropologi, come mai prima d'ora.

Un processo di sperimentazione di circa 13 anni delle pratiche di ricerca e di intervento, della costruzione del ruolo dell'antropologo nei dispositivi clinici, dei metodi e degli strumenti di una pratica etnografica necessariamente, ma anche correttamente meticcias, negoziata nei tempi, negli spazi di azione e di intervento con professionalità cliniche, e socio-sanitarie più in generale, ha dato vita a un Servizio di Antropologia medica ambulatoriale. Se, come già detto, per le attività di ricerca e quelle di formazione realizzate dal Servizio è stata agita una seppur sommaria e comunque complessa condivisione epistemologica con gli operatori socio-sanitari, al contrario, l'intervento etnografico nel lavoro svolto per le consulenze ha prodotto, e ancora produce, importanti negoziazioni di metodo e prassi. Ciò ha realmente significato un'attenzione meticolosa e un'allerta costante, verso un approccio clinico culturalizzante nei confronti dei bisogni di salute portati dai pazienti, spesso relativi ad altri saperi eziologico-terapeutici. Tale "ingenuo", ma non innocuo approccio, è rivolto anche al nostro lavoro che a tali bisogni è chiamato a rispondere attraverso un'etnografia di tutti gli attori coinvolti nel processo di cura. Ed è qui che il vaso di Pandora è scoperto, nella restituzione di un'osservazione non solo rivolta ai pazienti, ma anche i clinici.

Al fine di continuare a riflettere sulle prassi, sui ruoli e sui posizionamenti, sui dubbi e sulle incertezze, oltre che sulle adeguate strategie di cura, sono in progettazione incontri mensili, destinati al personale socio-sanitario dell'INMP, in cui verranno discussi coralmemente i casi affrontati. Inoltre, al fine di migliorare la capacità di risposta alla collaborazione clinica interna ed esterna all'Istituto, il Servizio di Antropologia si sta dotando di strumenti di analisi per la raccolta dati quali quantitativi e l'archiviazione dei materiali etnografici prodotti. I risultati di questo lavoro saranno utili perché permetteranno di realizzare corsi di formazione rivolti sia ad antropologi che a operatori socio-sanitari, testimoniando un'esperienza applicata dell'antropologia con maggiore contezza. Tale lavoro si reputa importante anche al fine dell'ipotesi di miglioramento delle collaborazioni con l'Università, in termini di attività di tirocinio che permettano ai 'giovani' antropologi di sperimentare nella pratica etnografia nel SSN volta a osservare (e immaginare) il mestiere dell'antropologo professionale.

Fondamentale, a tale proposito, appare proprio il dialogo con le Università, per far sì che i risultati raggiunti da antropologi che si situano fuori dal contesto meramente accademico, vengano valorizzati nei percorsi formativi degli studenti, in considerazione di un'antropologia realmente applicata, sebbene questa costituisca un felice ossimoro, e certamente pubblica; un'antropologia, nel caso in questione, con delle ricadute tangibili sulla salute. Questo processo di riconoscimento, se adeguatamente sostenuto anche dall'accademia, permetterebbe senza alcun dubbio lo sviluppo degli spazi lavorativi destinati agli antropologi professionali nel mercato del lavoro pubblico e privato.

L'incremento delle attività di *networking* accompagnerà i prossimi anni, al fine di individuare sempre più nuovi *stakeholder* che siano adatti a mantenere viva la tensione verso l'analisi, la riflessione e il confronto. Questa attività sarà supportata anche da un potenziamento delle pubblicazioni da parte del Servizio di Antropologia medica, soprattutto in ambito internazionale, non solo a carattere scientifico, ma anche divulgativo (è in corso di redazione un libro a firma delle scriventi che narrerà in maniera più articolata l'esperienza riportata in questo articolo).

In ultimo, attraverso un lavoro politico capillare che vede coinvolta anche l'Associazione Nazionale Professionale Italiana di Antropologia (ANPIA), nei prossimi anni si opererà per far sì che il profilo professionale dell'antropologo che lavora in sanità venga riconosciuto e strutturato nelle maglie del SSN in modo permanente e che sia incluso nella sezione "dirigenziale" del CCNL. Attualmente, duole ricordarlo, nell'esperienza dell'INMP qui riportata l'antropologo è riconosciuto "solo" come tecnico professionale del Comparto sanità; ovviamente senza nulla togliere ai podologi.

Bibliografia

- Agier, Michel, 2008, *On the Margins of the World: the Refugee Experience Today*, Cambridge, Polity Press.
- Anagnostopoulos, Katerina, Germano, Flavia, Tumiat, Maria Cristina, 2008, *L'approccio multiculturale. Interventi di Psicoterapia, Counseling e Coaching*, Roma, Sovera Editore.
- Baba, Marietta, 1993, «The Fifth Subdiscipline: Anthropological Practice and the Future of Anthropology», *Human Organization*, 53 (2): 174-185.
- Bagaglia, Carlotta, Polcri, Chiara, 2017, «Il problema degli accessi 'impropri' in Pronto soccorso: un'indagine antropologica», *Scenario. Il nursing nella sopravvivenza*, 34 (3): 25-31.
- Beneduce, Roberto, 2008, «Undocumented Bodies, Burned Identities. Refugees, Sanspapiers, Harraga: When Things Fall Apart», *Social Science Information*, 47 (4): 505-527.
- Beneduce, Roberto, 2007, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, Roma, Carrocci.
- Bennani, Jalil, 1980, *Le corps suspect: le migrant, son corps, et les institutions soignantes*, Paris, Galilée.
- Bevilacqua, Piero, De Clementi, Andreina, Fanzina, Emilio, 2001, *Storia dell'emigrazione italiana, vol. I Partenze*, Roma, Donzelli.
- Bodini, Chiara, Cacciatore, Francesca, Ciannameo, Anna, Maranini, Nadia, Riccio, Martina, 2016, «Appunti per una ricerca 'in salute'. Presupposti teorici ed esperienze concrete per una funzione politica e trasformativa della produzione di conoscenza», in Severi, Ivan, Landi, Nicoletta (a cura di) *Going Public. Percorsi di antropologia pubblica in Italia*, Bologna, Università di Bologna: 131-159.
- Borofsky, Rob, 2011, *Why a Public Anthropology?* Kailua, Center for a Public Anthropology, disponibile all'indirizzo: <https://www.scribd.com/document/371292371/Borofsky-2011-Whypublicanthropology-pdf> (sito web consultato in data 01/10/2019).
- Brodin, Karen, Morgens, Sandra, Hutchinson, Janis, 2011, «Anthropology as White Public Space?», *American Anthropologist*, 113 (4): 545-556.
- Colucci, Mario (a cura di), 2013, *Aut aut*, 357.

Caritas diocesana di Roma (a cura di), 2004, *Dossier Statistico Immigrazione 2004*, Roma, Edizioni IDOS.

Castaldo, Miriam, 2014, «Tra frammentazioni, ruoli e politiche di cura: l'antropologo "medico" nel sistema sanitario pubblico e nei dispositivi di salute mentale», *Antropologia Medica*, 37: 265-280.

Catania, Lucrezia, Abdulcadir, Omar Hussein, 2003, «Si può proporre un rito alternativo, eticamente e legalmente accettabile, in una strategia di lotta efficace contro le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)?», *Toscana Medica*, 10: 1-4.

De Luca, Sandro, 2007, «Le vie sahariane per l'Europa sono infinite», *Limes*, 4: 217-226.

De Rosny, Eric, 1996, *La nuit, les yeux ouverts*, Paris, Seuil.

Del Grande, Gabriele, 2007, *Mamadou va a morire. La strage dei clandestini nel Mediterraneo*, Roma, Infinito.

ESCO, 2018, *Professioni intellettuali e scientifiche*, disponibile all'indirizzo: <https://ec.europa.eu/esco/portal/occupation> (sito internet consultato in data 01/10/2019).

Fassin, Didier, D'Halluin, Estelle, 2005, «The Truth from the Body: Medical Certificates as Ultimate Evidence for Asylum Seekers», *American anthropologist*, 107 (4): 597-608.

Fanzina, Emilio, 2003, *Traversate. Le grandi migrazioni transatlantiche e i racconti del viaggio per mare*, Foligno, Editoriale Umbria.

Fassin, Didier, 2000, «Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieus françaises», *L'Homme*, 153: 231-250.

Foucault, Michel, 1998 [1963], *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi.

Forgiarte, Francesco, 2007, «La mano della mafia sui nuovi schiavi», *Limes*, 4: 157-160.

Gatti, Fabrizio, «Io clandestino a Lampedusa», *L'Espresso*, 7 ottobre 2005, disponibile all'indirizzo: <http://espresso.repubblica.it/palazzo/2005/10/07/news/io-clandestino-a-lampedusa-1.594> (sito internet consultato in data 01/10/2019).

Geschiere, Peter, 1995, *Sorcellerie et politique en Afrique. La viande des autres*, Paris, Karthala.

Hill, Carole, Baba, Marietta, 2006, «What's in the Name "Applied

- Anthropology”? An Encounter with Global Practice», *NAPA Bulletin*, 25: 176-207.
- INMP, 2014, *Disposizione Organizzativa sul Servizio di Antropologia medica*, del 15 luglio 2014.
- ISTAT, 2019, *La posizione nella classificazione. 2.5.3.2.2 - Antropologi*, disponibile all'indirizzo: <http://professioni.istat.it/sistemainformativoprofession/cp2011/scheda.php?id=2.5.3.2.2> (sito internet consultato in data 01/10/2019).
- Liberti, Stefano, 2008, *A sud di Lampedusa. Cinque anni di viaggi sulle rotte dei migranti*, Roma, Minimum Fax.
- Legge n. 3, 11 gennaio 2018.
- Legge n. 132, 1 dicembre 2018.
- Legge n. 124, 7 agosto 2015.
- Legge n. 189, 8 novembre 2012.
- Legge n. 296, 27 dicembre 2006, art. 1, comma 827.
- Nathan, Tobie, 1986, *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*, Paris, Dunod.
- Nathan, Tobie, 1996 [1993], *Principi di etnopsicoanalisi*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Morrone, Aldo, 2008a, *Ethnic Hair Care*, Bologna, MNL.
- Morrone, Aldo (a cura di), 2008b, *Oltre la tortura. Percorsi di accoglienza con rifugiati e vittime di tortura*, Roma, Edizioni Magi.
- Morrone, Aldo (a cura di), 2009, *Lampedusa, porta d'Europa. Un sogno per non morire*, Roma, Edizione Magi.
- Napier, David, Ancarno, Clyde, Butler, Beverley, Calabrese, Joseph, Chatterjee, Helen, Guesnet, François, Horne, Robert, Jacyna, Stephen, Jadhav, Sushrut, Macdonald, Alison, Neuendorf, Ulrike, Parkhurst, Aaron, Reynolds, Rodney, Scambler, Graham, Shamdasani, Sonu, Smith, Sonia Zafer, Stougaard-Nielsen, Jakob, Thomson, Linda, Tyler, Nick, Volkmann, Anna-Maria, Walker, Trinley, Watson, Jessica, C De C Williams, Amanda, Willott, Chris, Wilson, James, Woolf, Katherine, 2014, «Culture and health», *The Lancet Commissions*, 384 (1): 1607-1639.
- Pastore, Ferruccio, Trinchetti, Luca, 2008, «La Libia nel sistema migratorio mediterraneo. Dinamiche di mobilità e risorse politiche», *Mondi Migranti*, 2: 21-53.

- Segneri, Maria Concetta, 2005, *Le Mutilazioni Genitali Femminili. Proposte alternative, loro accoglimento e considerazioni metodologiche dal punto di vista dell'antropologia*, tesi di Laurea in Lettere, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", A.A. 2004/2005.
- Segneri, Maria Concetta, 2006, *Studio di prefattibilità. La percezione del servizio sanitario erogato nella regione del Tigray (Etiopia) da parte della popolazione beneficiaria*, Roma, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Facoltà di Ingegneria, CIRPS.
- Stella, Gian Antonio, 2002, *L'orda. Quando gli albanesi eravamo noi*, Milano, Rizzoli.
- Tarabusi, Federica, 2016, «Note sui dilemmi e le opportunità di un'antropologia applicata alle politiche pubbliche», in Severi, Ivan, Landi, Nicoletta (a cura di), *Going Public. Percorsi di antropologia pubblica in Italia*, Bologna, Università di Bologna: 160-181.
- Veisse, Arnaud, 2003, "Les lésions dangereuses", *Plein droit*, 1 (56): 32-35.
- Ziglio, Erio, Barbosa, Rogerio, Charpark, Yves, Turner, Steve, 2004 [2003], *I sistemi sanitari affrontano la povertà*, Roma, WHO Europe.