

- Economides N. (1996), *The Economics of Networks*, "International Journal of Industrial Organization", 14(2).
- European Union (2001), *Green Paper - Promoting a European framework for corporate social responsibility*, European Commission, DG Employment & social Affairs.
- Gori C. (a cura di) (2001), *I servizi sociali in Europa. Caratteristiche, tendenze, problemi*, Carocci, Roma.
- Istat (2001), *Istituzioni nonprofit in Italia. I risultati della prima rilevazione censuaria. Anno 1999*, "Informazioni", 50.
- Italiavoro, *Bilancio Sociale*, 2005.
- Luppi E. (2005), *Competenze, cultura e comunicazione*, in Bocci F. e Mozzo A. (a cura di), *La Balanced Scorecard orientata dalla Mission*, Milano.
- Manelli A. (2004), *La creazione di valore nell'impresa sociale. Il valore aggiunto sociale secondo il modello Cosis*, "Quaderni Monografici Rirea", n. 25, Roma.
- Robbie K. and Maxwell C. (2006), *Making the Case. Social Added Value Guide*, Communities Scotland, Edinburgh.

28. Perché abbiamo bisogno di movimenti per la salute ed associazioni delle persone malate

di Laura Corradi

Introduzione

Ho iniziato ad occuparmi di salute negli anni Settanta, sull'onda di due movimenti che incisero profondamente nella società italiana – e nella mia vita di giovane operaia in fabbrica – il movimento per la salute occupazionale e il movimento femminista. Entrambe queste mobilitazioni mettevano al centro del discorso politico e sociale un elemento nuovo: la non negoziabilità del corpo. Ricordo alcuni slogan che riassumono bene quegli anni e la consapevolezza collettiva nata nelle lotte sui luoghi di lavoro, e nei gruppi di autocoscienza nelle cucine delle donne. Da una parte il movimento per la salute in fabbrica metteva l'accento su una autonomia necessaria nel consumo delle proprie capacità produttive: "la salute non è una merce"; "la salute non si vende" – dall'altra il movimento femminista per la salute della donna metteva in primo piano l'autonomia delle capacità riproduttive ed il diritto ad una sessualità autodeterminata: "io sono mia"; "il corpo è mio e lo gestisco io". Molte pubblicazioni erano diffuse in quegli anni, sia sul versante operaio che femminista: la collana "Medicina e Potere" diretta da Giulio Maccacaro, per la casa editrice Feltrinelli, produceva importanti testi sia teorici che empirici, svelando le molte sfaccettature del rapporto tra malattia e lavoro. In quegli anni nasceva Medicina Democratica, una associazione di uomini e donne della professione medica, che si trovò ad affiancare il movimento operaio per il diritto alla salute. Intanto venivano alla luce i consultori autogestiti da gruppi di donne che producevano servizi e materiali informativi ancora oggi di grande utilità [Percovich 2007] e pubblicazioni critiche che affermavano i diritti delle donne rispetto alla scienza medica, la necessità di una medicina di genere [Reale 2001] e l'importanza dei saperi delle donne.

Altri movimenti venivano alla luce in quel decennio: la mobilitazione sociale in tutti i Paesi europei contro il nucleare civile e militare. Il movimento antinucleare portò nel nostro Paese ad un referendum che sancì la decisione popolare di moratoria: dal movimento *no-nuke*, nascerà negli anni ottanta il movimento ecologista che acquisì *momentum* dopo grandi disastri ambientali come quelli di Seveso, Bophal e Chernobyl – mentre dagli States provenivano echi di protesta a causa dell'incidente di Three Miles Island. Si diffondeva in quegli anni, nella consapevolezza pubblica, il principio di precauzione, che venne nuovamente impugnato dai movimenti per la salute degli anni Novanta contro i “cibi Frankenstein” la liberalizzazione degli organismi geneticamente modificati: la memoria è un dispositivo che si tramanda attraverso l'azione collettiva, informando il nuovo dell'esperienza passata.

Un altro importante movimento in quegli anni fu l'antipsichiatria, che nel nostro Paese ebbe il suo epicentro a Trieste, grazie ad un medico coraggioso, Franco Basaglia, e che si diffuse rapidamente sul territorio nazionale [Basaglia Ongaro 2005]. Talvolta gli ospedali venivano occupati da medici, pazienti e personale infermieristico; vi erano manifestazioni che mettevano in discussione quello che avveniva nelle strutture psichiatriche; dai cronichi ai giudiziari, da Aversa a Castiglione delle Stiviere, venivano sperimentate forme nuove e non autoritarie di relazione e di cura. La specifica oppressione dei malati mentali, i metodi repressivi della psichiatria tradizionale, divennero oggetto di studio e di attenzione politica da parte di filosofi e intellettuali e di movimenti internazionali [Crossley 2006] in cui si contestava sia la separazione della salute mentale dalla persona nella sua interezza – sia la separazione della persona malata da quelle “sane”, rivendicando dignità e diritti per chi è diverso/a. Un autore classico della sociologia contemporanea, già all'inizio degli anni Sessanta aveva puntato il dito contro la segregazione e lo stigma a cui venivano sottoposti i pazienti psichiatrici [Goffman 2003]. Cambiarono le rappresentazioni sociali, i modi in cui la società si poneva di fronte al disagio mentale, iniziarono pratiche discorsive riguardo alle cause ed alla prevenzione, alla promozione della salute.

Questi movimenti ebbero molti elementi in comune, tra cui il fatto che la loro fine coincidesse con l'ottenimento di un obiettivo parziale. L'antipsichiatria ottenne una legge di riforma, il movimento operaio una serie di norme riguardanti la prevenzione di malattie ed infortuni sul lavoro, e il movimento femminista la legge sui consultori, la liberalizzazione dei contraccettivi e la depenalizzazione dell'aborto. Si trattava di conquiste parziali, norme che non sempre sarebbero state rispettate o implementate – ma l'elemento importante riguardava la consapevolezza che un cambiamento nello status quo fosse possibile a partire da una azione collettiva dotata di senso e di obiettivi.

Negli anni Settanta il discorso sul corpo e la salute ha investito la società anche a livello culturale, con critica della tecnoscienza e dei metodi “forti” della medicina allopatrica e industriale – la nascita di riviste di psicossomatica, per le cure alternative, la riscoperta di rimedi tradizionali, naturali, e la ricerca di una visione olistica di corpo, mente, spirito – secondo il principio che laddove l'equilibrio tra salute e malattia andava ristabilito, altre disarmonie non potevano essere create. Nel 1977 viene scoperto un nuovo pianeta nel nostro sistema solare e, sull'influenza di questi movimenti di idee, viene chiamato Kirone – in riferimento al mitico capo dei centauri, simbolo della ricerca della giusta cura. Ferito in battaglia, narra la storia, egli cerca rimedio nella foresta ove scopre erbe e radici terapeutiche e grazie alla conoscenza di esse, riesce a guarire. Dopo un po' di tempo, il taglio si riapre e Kirone va sulle montagne per trovare medicine di tipo minerale ed impara ad usarle. La cura funziona per un certo periodo di tempo, poi la ferita si apre nuovamente. Stavolta va nella campagna e capisce l'importanza dei fiori, che rimarginano la sua piaga. Anche stavolta, il rimedio è temporaneo, e il re dei centauri nuota nel fondo dei mari, scopre le alghe con cui prepara impacchi medicamentosi, che lo guariscono. È una storia che non finisce e la cosa più importante è che Kirone si rende conto di come la cura sia la ferita: grazie ad essa ha avuto la possibilità di scoprire il mondo attorno a sé, dalla cima delle montagne alla profondità degli abissi, ne ha apprezzato le meraviglie, ha costruito conoscenze che potranno essere utilizzate per il bene collettivo. La vulnerabilità della malattia, in questo universo di significato, diventa quindi una opportunità di comunicazione con ciò che sta fuori da noi, persino lontano, e di trasformazione continua di sé e delle proprie relazioni.

1. Dalla militanza all'attivismo

Augusto Illuminati [2003] parla di un passaggio epocale dalla militanza all'attivismo. I movimenti classici, come quello operaio e femminista, al contrario di quelli contemporanei, erano strutturati attorno ad un pensiero forte: essi si centravano sulla critica, rispettivamente, del rapporto di capitale e del patriarcato. Occorrerebbe una ri-lettura su questa base anche del rapporto tra il movimento operaio per la salute e il movimento femminista che si sviluppa attorno al corpo della donna come elemento politico, sia nella comune matrice di grande narrazione e costruzione teorica – sia nel dipanarsi delle pratiche. Nel senso che i rispettivi atti di nascita e rapporti privilegiati sono molto diversi: da una parte la struttura per eccellenza del movimento operaio ovvero il sindacato, legato e in parte ricalcante le dinamiche del partito – dall'altra i piccoli gruppi di autocoscienza, nelle cucine dell'una o dell'altra donna, e la dimensione pubblica che è agita solo

in un secondo momento, dopo avere scoperto la politicità dei propri problemi e dei propri bisogni. La centralità del corpo – salute sessualità violenza – e dei sentimenti, il capire la politica attraverso altri codici – fanno del movimento femminista, dal punto di vista della struttura, il precursore delle più recenti forme di attivismo. Infatti, mentre il movimento operaio contemporaneo produce il movimento per la salute occupazionale quasi per genesi interna e grazie al supporto dei medici del lavoro – per poi arrivare ad una solidarietà specifica con i compagni di lavoro ammalati o infortunati – il movimento femminista parte dal supporto reciproco ed arriva a costruire un movimento per la salute che incide profondamente nella società fino a produrre forme di attivismo diffuse, che aggregano sull'obiettivo, sulla solidarietà, sulla prevenzione o sulla base di una condizione comune: la condivisione di una malattia. Talvolta questo raggrupparsi dura poco, spesso dà origine ad un associazionismo durevole, che si specializza sulla base della propria esperienza, divenendo interlocutore di istituzioni, famiglie, servizi e decisori politici – e arrivando a produrre conoscenza, ricerca, trasformazione sociale.

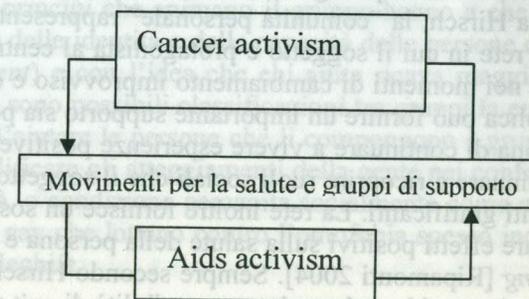
Mentre in Europa, nel corso degli anni '80, il movimento operaio e il movimento femminista si affievoliscono [Latini 2000], il movimento anti-nucleare diventa verde, la salute ambientale comincia a farsi strada nella società. Anche oltreoceano nascono forme nuove di impegno sociale per la salute con l'emergenza dell'Aids e le azioni clamorose di *Act-up* durante i *simposia* di medici e scienziati: l'attivismo delle persone sieropositive contro lo stigma, per il rispetto e le cure, per avere voce nelle decisioni, per contribuire alla prevenzione. L'attivismo dei malati di Aids – con la sua abilità di intercettare l'attenzione dei media e di sviluppare *agency* a più livelli (dal gruppo di supporto alla *lobby* di pressione, dalla campagna sociale alla coalizione politica con altre forze, all'azione diretta) è divenuto paradigmatico delle nuove forme politiche di mobilitazione su questioni di salute – ed ha fatto da battistrada ad altre, come il movimento delle donne contro il cancro al seno e le sue cause ambientali [Corradi 2004]. Questo non significa che tutte le forme di attivismo passano da uno stadio all'altro in maniera sequenziale: il *breast cancer activism* per esempio precede di un paio di decenni l'*act-up* dei sieropositivi ma diviene pubblico molto lentamente – passando dai gruppi di supporto psicologico e materiale, dal *self-help* alla presenza nel sociale, solo dopo il successo dell'attivismo sull'Aids. Anche se i due movimenti hanno forse più differenze che similitudini, senza l'esplosione di un attivismo sull'Aids difficilmente si sarebbe dispiegato negli anni Novanta il movimento contro il cancro negli States – prima a macchie di leopardo, poi rapidamente a livello federale. Le differenze tra questi movimenti sono analizzate nel mio libro *Nuove amazzoni* – che narra anche lo sviluppo, la composizione, i conflitti interni, le forme di leadership, gli obiettivi dei settori moderati e di quelli *radical* delle mobili-

tazioni sul cancro. Sul rapporto tra i due movimenti da un punto di vista di genere, vorrei segnalare anche il testo di Ulrike Boehmer [2000].

È il movimento gay a San Francisco e New York a fornire la struttura organizzativa per la mobilitazione sull'Aids – colpito in prima persona – e il movimento lesbico che mobilita la comunità delle donne attraverso una grande chiamata alla solidarietà con i fratelli colpiti da un male stigmatizzante che decimerà in pochi anni la società alternativa dei quartieri omosessuali, trasformando le grandi feste di celebrazione identitaria e trasgressione in fierezza militante. I collettivi lesbici, i centri di salute della donna, le cliniche femministe si mobilitano al fianco della comunità gay sia nella prevenzione (distribuzione di informazioni e di profilattici) che nella cura delle persone terminali, spesso lasciate a se stesse, nell'assenza di un sistema sanitario in Usa che garantisca il diritto alle terapie. In questo grande sforzo si creano competenze che vanno dal livello finanziario (*fund raising*) a quello dell'assistenza medico-infermieristica volontaria, alla costruzione di *resource center* fino alla gestione di campagne mediatiche.

Diverso è il percorso del movimento di lotta contro il cancro: i *support groups* – gruppi di supporto *alle* persone malate e *tra* persone malate – rappresentano l'embrione di una mobilitazione sociale più ampia – il movimento contro il cancro e gli agenti chimici o fisici ambientali che lo causano. Il rapporto è esattamente inverso: nell'attivismo politico Aids sono i movimenti a creare gruppi di supporto per le persone malate, nel movimento contro il cancro, i gruppi di supporto rappresentano l'humus da cui nasce la mobilitazione pubblica, secondo lo schema che segue.

Fig. 1 – Genesi dei gruppi di supporto cancro e Aids



Una delle ragioni forti per cui abbiamo bisogno di movimenti per la salute ed associazioni delle persone malate ha a che vedere con i cambiamenti in corso nella società: l'individualizzazione dei rapporti sociali, la desolidarizzazione, l'allentamento dei vincoli di sangue, sono processi che

lasciano le persone sempre più sole di fronte alle difficoltà. «Vengono poste in dubbio e in sospensione – a volte solo virtualmente, a volte realmente – le appartenenze familiari, associative, comunitarie, territoriali, culturali, politiche, in conseguenza di fenomeni tanto strutturali quanto culturali che accentuano la mobilità, la disidentificazione, la competitività, il protagonismo, la comunicazione unidirezionale, i legami leggeri e così via. Più che un'assenza d'inclusione, si ha una continua negoziazione a vari livelli – un impoverimento di alcune dimensioni (quali il riconoscimento, la vicinanza, l'intelligibilità delle situazioni sociali), la continua ridefinizione e incertezza delle regole sociali». Come ha evidenziato Bauman in campo sociale si ha più successo allorché si “apprende a disapprendere” allorché si è in grado, con leggerezza e facilità, di cambiare, di adattarsi, di mutare legami e appartenenze simboliche. Questa situazione ha pesanti ricadute in termini di “benessere sociale” proprio quel benessere sociale che l'Oms ritiene parte integrante della definizione corrente di salute: «Il bene salute sembra essere sempre più legato alla disponibilità di denaro e il benessere sociale appannaggio di pochi» [...] «tale forma di beneficiabilità diventa invisibile, non perseguita, sostituita da una corsa al godimento individuale lussuoso» [Ingresso 2005:108].

Tali processi aggravano a loro volta quei fenomeni che Castells ha chiamato di disaffiliazione. Essi sono invece contrastati dalle reti sociali: Lambert Maguire ha individuato 5 funzioni svolte dalle reti: il sostegno dell'identità sociale, l'opportunità di fornire *feedback*, la mobilitazione delle risorse, la circolazione di informazioni, il sostegno emotivo. Una malattia rappresenta spesso una esperienza intensa anche sul piano identitario: essa viene messa in crisi sia dalla situazione presente che viene a crearsi sia dalle prospettive future che si prefigurano davanti al soggetto interessato. Nei termini usati da Hirsch, la “comunità personale” rappresenta l'insieme dei membri di una rete in cui il soggetto è protagonista al centro e ricopre più ruoli. Tale rete nei momenti di cambiamento improvviso e di difficoltà che la malattia implica può fornire un importante supporto sia perché rende possibile alla persona di continuare a vivere esperienze positive, sia perché le consente di continuare a ricoprire ruoli sociali che il soggetto percepisce come riconoscimenti gratificanti. La rete inoltre fornisce un sostegno che è in grado di esercitare effetti positivi sulla salute della persona e ne aumenta le capacità di *coping* [Ripamonti 2004]. Sempre secondo Hirsch, i soggetti di fronte ad un disagio avrebbero la scelta tra possibilità di *exit* o di *voice*: il gruppo rafforza la possibilità di esprimere la seconda opzione, mentre l'uscita dal sistema può essere vista anche come il fallimento individuale di ottenere risposte istituzionali ai propri bisogni. Infatti spesso i gruppi di auto-aiuto e mutuo aiuto e altre forme di solidarietà sociale (su cui rimando agli scritti di Marco Ingresso e Mara Tognetti), nascono per le carenze dei servizi alle persone malate esistenti e per il declino delle istituzioni sociali

di supporto. I gruppi si caratterizzano come una opportunità per i partecipanti di risolvere problemi concreti ma anche per ridare significato alla vita – concentrandosi su elementi storicamente negletti nei servizi offerti dai professionisti: il conforto, la rassicurazione, la cura reciproca. Oggi le organizzazioni di *self-help* e *mutual-aid* rappresentano risorse importanti per la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione di molte patologie fisiche e mentali. Si possono individuare due origini del pensiero mutualistico e di *self-help* [Ferrari Visintini 2004]. La prima riguarda la nascita – già nell'800 – di banchi di mutuo soccorso, cooperative ed associazioni, la cui ripresa oggi è dovuta anche alla crisi del *Welfare*. La seconda origine è anglosassone ed ha a che vedere con l'idea che la salute non è assicurabile da un sistema sanitario nazionale – al di là delle sue deficienze – anche perché la salute è un bene che non può in alcun modo essere delegata alle istituzioni: in ultima analisi ogni persona è responsabile del proprio benessere. Mentre tale motivazione è di tipo individualistico, la prima si collega direttamente al movimento operaio ed alle sue strutture di solidarietà. Lo schema sopra rappresentato è in un certo senso leggibile anche in termini diacronici: quando i movimenti si rappresentavano nella forma della militanza, l'associazionismo ne era una variabile dipendente. Nel momento in cui vanno in crisi le grandi narrazioni e si registra una flessione in questo tipo di espressione sindacale, legata ad una ideologia di cambiamento, l'attivismo sociale si riattiva in micro-solidarietà e comincia a produrre “dal basso” dei movimenti politici, seppure parziali, orientati ad un obiettivo, aggreganti rispetto ad una comune condizione.

L'auto-aiuto o mutuo-aiuto fa leva sulle risorse interne delle persone, l'esperienza condivisa, il potere collettivo e la fiducia reciproca, l'importanza della comunicazione informata, l'azione orientata ad obiettivi condivisi. I principi che animano il gruppo hanno a che vedere con il potenziamento delle identità e delle capacità delle persone che ne fanno parte (*empowerment*) e con l'idea che chi aiuta ricava maggior beneficio nello scambio. Vi sono possibili classificazioni tra gruppi la cui finalità primaria consiste nell'aiutare le persone che li compongono e gruppi che si propongono di modificare gli atteggiamenti della gente nei confronti di una malattia, disabilità, o condizione percepita socialmente come anomala; ad esempio i gruppi gay che lottano contro l'omofobia spesso includono amici, famigliari, colleghi/e.

2. Le reti internazionali

In molti Paesi del terzo mondo oggi nascono movimenti per la salute – penso al movimento contadino contro i pesticidi, per la sicurezza alimenta-

re, contro il nucleare civile e militare, persino i movimenti per la felicità, come quello delle contadine del Bangladesh [Corradi 2007]. Il tema della salute è diventata centrale anche in associazioni che storicamente si occupano di povertà: per esempio, *Action India* – una organizzazione di donne che lavora in maniera eccellente nelle aree degradate intorno a Nuova Delhi – oggi è impegnata su due grandi progetti, i centri di salute delle donne e la prevenzione della violenza, considerata tra i principali problemi di salute delle comunità.

Anche il fenomeno del *networking* internazionale di donne per la salute, già esistente negli anni Novanta in Nordamerica ed Europa [Corradi 2000] si è esteso grazie alle nuove tecnologie comunicative, oggi se ne contano una cinquantina, con grandi differenze e commonality [Corradi, Vingelli 2007]; così come per l'impegno associativo delle professioni: dai Medici per l'Ambiente, agli scienziati contro la guerra, alle associazioni di infermiere; dalle donne della professione medica alle reti internazionali di *social worker* per la salute. È su queste ultime che vorrei soffermarmi nella prossima parte del mio saggio, sia per l'importanza di questa professione e dell'associazionismo a cui ha dato vita, sia dalla lungimiranza dimostrata: fin dall'inizio degli anni Cinquanta nel nostro Paese era presente la necessità di stimolare processi di internazionalizzazione: l'obiettivo era quello di creare figure di «assistenti sociali polivalenti, idonei tanto a fiancheggiare l'azione sociale in genere quanto ad incoraggiare le risorse e le iniziative dei singoli e delle comunità nell'interesse di una società democratica e della collaborazione internazionale»¹. Passerà molto tempo prima che tale auspicata cooperazione assuma la forma di una struttura permanente, ma oggi abbiamo diverse strutture che consentono questo tipo di scambio.

La più anziana rete di assistenti sociali che lavorano nel campo della salute è quella che fa riferimento alla rivista *Social Work in Health Care*, fondata nel 1975². Un'altra rete – americana ma con contatti in vari Paesi Europei – è la *National Association of Social Workers*; attiva dal 1956, produce da venti anni la rivista *Health and Social Work*³. Reti e riviste talvolta organizzano convegni tematici e incontri internazionali di esperti/e del settore. Sfortunatamente, la sponsorizzazione di questi eventi è di tipo privato; alcuni ritengono che il livello alto di ricerca degli Usa si spieghi proprio nella abbondanza di finanziamenti che solo il settore *profit* può garantire – in una epoca di tagli della spesa pubblica, liberalizzazione dei ser-

vizi e privatizzazione della formazione. Tra le più attive in questo senso vi è la *Society for Social Work Leadership in Health Care*,⁴ che conta 1300 membri nel mondo e organizza corsi di grande rilevanza su temi quali il ruolo dell'assistente sociale con le persone malate di cancro. Al corso *Understanding Cancer – The Social Worker Role*, nell'aprile 2005 hanno partecipato 3000 persone da 50 stati di 21 Paesi – ma era finanziato dalla Squibb. Dopo il successo della 41esima conferenza annuale tenutasi ad Houston, la rete si incontrerà nel 2006 a San Diego, California,⁵ per discutere i nuovi orizzonti dell'assistenza sociale nella salute.

La *Society for Social Work Leadership in Health Care* ha una storia di impegno nel promuovere l'accesso universale alle cure, fa *advocacy*, enfatizza le componenti psico-sociali dell'intervento su salute e malattia, produce conoscenza e competenze e le dissemina – ma è anche uno degli ambiti principali in cui si formano le *leadership* professionali della assistenza sociale nel campo della salute. È chiaro come un forte sbilanciamento verso il settore privato possa influenzare l'agenda e le priorità finora condivise.

La principale rete di assistenti sociali impegnati nella lotta per la salute nei settori sottoprivilegiati è la *Social Work and Health Inequalities Network*, frutto di un recente sforzo unitario messo a punto durante i congressi ad Adelaide nell'ottobre 2004⁶, tenuti da diverse associazioni internazionali di assistenti sociali: la *International Federation of Social Workers*⁷, la *International Association School of Social Work*⁸ – che produce la rivista *International Social Work*⁹ – e la *Associated Students of Social Work*.¹⁰ Tale impegno congiunto ha così creato una nuova rete di assistenti sociali, il cui obiettivo è di contrastare le ingiustizie nel campo della salute.

Nello statuto della rete *Social Work and Health Inequalities* si legge che questo network si propone di “promuovere discussione ed azione da parte di assistenti sociali, manager, educatori e ricercatori per combattere le cause e le conseguenze di ineguaglianze nella salute socialmente create, ingiuste e danneggianti”¹¹. La rete si impegna a scambiare informazioni e risorse, risultati di ricerche e notizie sulle politiche, a sviluppare collaborazione in studi e buone pratiche, a comunicare sulle esperienze didattiche che riguardano le ineguaglianze nella salute sia nei corsi di laurea in servizio sociale sia nelle specializzazioni – e su come influenzare i decisori politici.

⁴ www.sswlhc.org

⁵ <http://www.sswlhc.org/html/meetings.html>

⁶ <http://www.icms.com.au/ifsw/welcome.asp>

⁷ www.ifsw.org

⁸ www.iassw-aiets.org

⁹ <http://isw.sagepub.com/>

¹⁰ <http://www.socwk.utah.edu/pdf/ASSWConstitution2001.pdf>

¹¹ Mia traduzione.

¹ Tratto dallo Statuto del “Centro Educazione Professionale per Assistenti Sociali”, allegato all'atto costitutivo dell'associazione con le modifiche convenute nell'assemblea del 22/11/1952, come citato in Martinelli F. (2003), *Servizio Sociale e Democrazia. Il percorso delle scuole di servizio sociale*, “La rivista di servizio sociale”, Istituto per gli studi sui servizi sociali, anno XLIII, n. 1, Roma, marzo 2003, p. 29.

² <http://www.haworthpress.com/store/product.asp?sku=J010>

³ <http://www.naswpress.org/publications/journals/health/hswintro.html>

La Conferenza Internazionale di *Social Work in Health and Mental Health* in Quebec nel 2004 ha visto la partecipazione di 700 persone da 49 Paesi ed una forte convergenza sulle determinanti economiche della salute e sul ruolo anche politico dell'assistenza sociale. La dichiarazione finale esordisce con un richiamo alle Nazioni Unite ed alla Organizzazione Mondiale della Sanità ribadendo che: «La salute è un diritto umano fondamentale. Come assistenti sociali ci rivolgiamo ai governi del mondo affinché raddoppino i loro sforzi per ridurre il *gap* tra questa visione e la realtà della vita dei popoli. Le determinanti primarie della salute sono sociali, economiche, politiche ed ambientali, piuttosto che i semplici prodotti di servizi per la salute. Noi condanniamo come intollerabili le estreme ineguaglianze nella salute umana che si traducono nei Paesi più poveri in una speranza che è approssimativamente la metà di quella dei Paesi più ricchi»¹².

Il documento prosegue con alcuni esempi che includono anche i divari all'interno dei Paesi: le disuguaglianze nella salute sono sempre l'incarnazione dell'ingiustizia sociale. Traduco di seguito: «Noi come assistenti sociali ci impegniamo a continuare a lottare per la giustizia sociale e per la compassione come caratteristica essenziale di società umane sane e come pre-requisito per servizi sociali e sanitari efficaci. L'intervento psicosociale dovrebbe essere parte integrante della prevenzione, della cura e della azione di alleviare il trauma da guerra e da epidemie. Noi continueremo a lavorare insieme a gente povera, marginalizzata ed esclusa e a parlare contro le ingiuste circostanze delle loro vite. Cercheremo costantemente di riesaminare le nostre pratiche alla luce di questo impegno. Noi pensiamo che questo condurrà ad un mondo sano, sicuro ed equo per tutti/e»¹³.

I nuovi campi di intervento riguardano la promozione della salute, la prevenzione di malattie come malaria, Tbc, cancro, Hiv, depressione e problemi cardiovascolari, la modificazione degli stili di vita, – ma anche il *management* dei disastri e gli interventi sui profughi di guerra. La messa in campo di ricerca-azione, analisi, *advocacy* e pressione politica – in una dimensione transnazionale inedita – può avere dei positivi *outcome*, che possono andare molto al di là delle intenzioni delle singole persone, poiché tendono a mobilitare una utenza che evidentemente sta prendendo coscienza della politicità del proprio malessere. Il piano di azione emerso dalla conferenza è molto articolato e può essere visto come il punto di inizio di un fenomeno di *attivismo dell'assistente sociale globale* – che segue le migliori tradizioni di attivismo della salute.

Conclusioni

Come sottolinea Davide La Valle, l'interazione dei soggetti all'interno di gruppi produce anche un livello maggiore di autostima che contribuisce alla solidità di ognuno/a. Non tutta l'approvazione sociale ha lo stesso valore: Hume chiamava *simpatia* quella approvazione che nasce da una condivisione genuina dei motivi che hanno generato l'azione. L'importanza dei legami associativi va nei due sensi: quello dei soggetti che si associano, la cui partecipazione personale ed impegno attivo è essenziale nella vita democratica poiché accresce lo spazio in cui il popolo può ottenere riconoscimento dei propri bisogni, istanze, proposte. E quello della società che si nutre dell'accresciuta presenza della cittadinanza ed adesione attiva nella vita pubblica. Anche le disuguaglianze sono più accettabili in una società ricca di associazioni, ed esse avrebbero anche un ruolo compensatorio [La Valle 2007: 126-128].

Abbiamo bisogno dei movimenti sociali ed associazioni di persone malate sulle questioni della salute e della malattia per due grandi set di motivi: il primo attiene al fatto che tali reti di relazioni che si formano attorno ad una comune condizione o su uno specifico obiettivo creano autostima, soddisfazione, partecipazione, conoscenza comunicazione, soluzione di problemi. Che movimenti siano *disease-based* – come quelli dell'Alzheimer, delle malattie rare, o del cancro al seno – oppure *issue-based* come quello per le cure alternative o contro la manipolazione genetica delle sementi, dei cibi, degli animali e degli embrioni umani – le nostre società necessitano della loro spinta critica e propositiva. Così come esigono il contributo delle varie associazioni – sia sul piano materiale che simbolico, siano esse reti di disabili o di infermiere, di vedove dell'amianto, o di persone che si interrogano sul rapporto fra salute ed ambiente.

Phil Brown e Stephen Zavesgtoski nel loro importante lavoro *Social Movements in Health* [2005] dimostrano che i movimenti sociali per la salute sono una forma di azione politica innovativa e potente, che può essere efficacemente studiata congiungendo gli studi di sociologia della salute e della malattia con la teoria dei nuovi movimenti sociali. L'accresciuto peso delle mobilitazioni collettive anche nel nostro Paese, su questioni inerenti salute e malattia, ci spinge in tale direzione – che richiede uno sforzo di attraversamento di confini geografici, disciplinari e metodologici.

¹² www.ifsw.org/cm_data/QC_Declaration_E.pdf. Mia traduzione.

¹³ *Ibidem*, mia traduzione.

Bibliografia di riferimento

- Basaglia Ongaro F. (a cura di) (2005), *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino.
- Boehmer U. (2000), *The Personal and the Political: Women's Activism in Response to the Breast Cancer and AIDS Epidemics*, University of New York Press, New York.
- Bonner A. (1990), *Averting the Apocalypse: Social Movements in India Today*, Duke University Press, Durham.
- Brown P., Zaveszatoski S. (2005), *Social Movements in Health*, Blackwell, London.
- Corradi L. (editor) (2000), *Women's Health Networks: State of Affaire, Concepts, Approaches, Organizations in the Health Movement*, European Women Health Network, Hannover.
- Corradi L. (2004), *Nuove Amazzoni. Il movimento delle donne contro il cancro al seno*, Derive/approdi, Roma.
- Corradi L. (2007), *Terra Madre India*, "Zapruder. Storie in Movimento", n. 13: 40-52.
- Corradi L., Vingelli G. (2007), *Globalizzazione e salute. Le reti transnazionali di donne*, in Corradi L., Perocco F. (a cura di), *Sociologia e globalizzazione*, Mimesis, Milano: 111-130.
- Crossley N. (2006), *Contesting Psychiatry. Social Movements in Mental Health*, Routledge, London.
- Epstein S. (2003), *Stop Cancer Before It Start: How to Win the War on Cancer*, Cancer Prevention Coalition, Chicago.
- Ferrari V.A., Visintini R. (a cura di) (2004), *La tela di Penelope. Psicologia di Comunità, lavoro di rete e gruppi per persone coinvolte in una patologia invalidante*, FrancoAngeli, Milano.
- Goffman E. (2003), *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona.
- Illuminati A. (2003), *Bandiere. Dalla militanza all'attivismo*, Derive/approdi, Roma.
- Ingresso M. (2005), *La salute delle donne nell'era del nuovo lavoro flessibile: nuovi rischi e politiche di wellness*, in Chiaretti G. (a cura di) *C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e Sociologi a confronto*, FrancoAngeli, Milano: 97-114.
- Latini A.M. (2000), *Women Movements for Health in Italy*, in Corradi L. (editor), *Women's Health Networks: State of Affaire, Concepts, Approaches, Organizations in the Health Movement*, European Women Health Network, Hannover.
- La Valle D. (2007), *A cosa servono le associazioni*, "Quaderni di Sociologia", n. 3
- Maccacaro G. (1975), *Medicina e potere*, Dedalo, Bari.
- Maccacaro G., Martinelli A. (1977), *Sociologia della medicina*, Feltrinelli, Milano
- Percovich L. (2007), *La coscienza del corpo*, FrancoAngeli, Milano.
- Reale E. (a cura di) (2001), *Una salute a misura di donna*, Ministero Pari Opportunità, Roma.

- Ripamonti E. (2004), *Le reti nella comunità*, in Ferrari V.A., Visintini R. (a cura di), *La tela di Penelope. Psicologia di Comunità, lavoro di rete e gruppi per persone coinvolte in una patologia invalidante*, FrancoAngeli, Milano.
- Tognetti Bordogna M. (2002) *Promuovere i gruppi di self-help*, FrancoAngeli, Milano.