

**Scendere in strada per fare salute e affermare diritti.
Esperienze di ricerca e azione comunitaria in Brasile**
*Taking to the streets to improve mental health and to assert rights.
Experiences in fieldwork and community action in Brazil*

Massimiliano Minelli

Professore associato in discipline demoetnoantropologiche, Dipartimento di filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia

Parole chiave: incorporazione, agentività, salute mentale comunitaria, Brasile, antropologia medica e salute collettiva

RIASSUNTO

Obiettivi: esaminare i rapporti fra vita quotidiana, il prendersi cura di sé e degli altri, e attività svolte in strada e spazi esterni, permette di evidenziare una dimensione pubblica e collettiva della salute come bene comune quale presupposto per avanzate politiche di salute mentale comunitaria. A tal fine, attraverso esperienze di ricerca etnografica nel campo della salute mentale in Brasile, l'articolo cerca di definire problemi e possibili strategie di intervento, mettendo in rilievo movimenti e azioni nello spazio pubblico, contesti e soggettività, esperienze individuali e pratiche collettive.

Metodologia: ricerca etnografica in équipe. Permanenza sul campo di lungo periodo con un approccio di indagine intensivo e processuale. Osservazione partecipante e interviste in profondità.

Risultati: il lavoro di ricerca etnografica e di azione in aree urbane periferiche consente di descrivere in modo innovativo lo spazio pubblico e le politiche di salute, riconfigurando i problemi nel campo della salute mentale comunitaria. L'enfasi data al movimento degli attori sociali e alla dialettica fra casa e strada permette di descrivere in modo diverso e più accurato gli itinerari di ricerca di aiuto, fra Primary Health Care e servizi di salute mentale di secondo livello, promuovendo politiche partecipative e valorizzando le risorse comunitarie.

Keyword: embodiment, agency, community mental health, Brazil, medical anthropology and collective health

SUMMARY

Objectives: the analysis of the relationships between daily life, caring for oneself and others, and activities on the streets, allows us to highlight a public and collective dimension of health as a common good, which is a prerequisite for advanced community mental health policies. To this end, the article aims to define problems and possible intervention strategies through fieldwork experiences in community mental health in Brazil, highlighting movements and actions in the public space, contexts and subjectivities, individual experiences and collective practices.

Methodology: cooperative ethnographic research in teams. Long-term field research through intensive and processual investigation approaches. Participant observation and in-depth interviews.

Autore per corrispondenza: massimiliano.minelli@unipg.it

Results: ethnographic research and actions in peripheral urban areas make it possible to describe public space and health policies in innovative ways, reconfiguring problems in of community mental health. The emphasis given to the movement of social actors and to the dialectic between home and street opens up new possibilities in describing help-seeking pathways between Primary Health Care and the second level of mental health services, promoting participatory policies and enhancing community resources.

1. Cambiare prospettiva

«Fare salute sulla strada...» è una espressione che invita a mutare prospettiva. L'accostamento fra la salute e la vita in comune, fra il prendersi cura di sé e degli altri e le attività in strada, permette di evidenziare una dimensione pubblica e collettiva fondamentale al fine di comprendere le relazioni tra corpo, salute e mondi sociali. Tutto è come se, attraverso questa scelta prospettica, un ambito della realtà in cui viviamo l'intreccio di corporeità, malattia e relazione di cura - generalmente protetto nella sfera intima della vita individuale e nella dimensione stretta di uno spazio domestico e familiare - venisse proiettato nello spazio pubblico, investendo la totalità dei rapporti sociali.

In questo senso, i confini tra il corpo, le relazioni umane e le aggregazioni collettive vengono rimessi in discussione nel vivo dell'azione quotidiana. Sono così richiamati ambiti di indagine e di intervento sociale che richiedono specifiche capacità di analisi, incrociando contesti e soggettività, esperienze individuali e pratiche collettive. Potremmo allora chiederci: in che modo il prendersi cura, vale a dire l'aver cura di persone e luoghi di vita, assume forme concrete in reti relazionali ampie? Quali sono gli elementi costitutivi di un'etica e di una politica della salute pubblica capaci di sostenere collettivamente le forme di vita in modo giusto, equo e solidale?

Osservata attraverso il movimento e il posizionamento di chi è chiamato a riflettere sulla realtà circostante, infatti, la vita in strada e negli spazi pubblici mostra alcune peculiari caratteristiche dei cosiddetti determinanti sociali della malattia, così come inaspettate risorse locali per la produzione di salute: cosa accade alla vita e ai corpi, nel movimento e nella pratica di ogni giorno? Quali sono gli stili di vita e i valori con essi legati che agiscono nel vivo dello scambio sociale in situazioni di cambiamento? Come interagiscono le abitudini di consumo, le attività di lavoro, le forme dello svago nella mobilità e nella organizzazione urbana, nei termini di conoscenza e di promozione della salute?

La messa in discussione delle premesse investe la sfera del politico, come ambito della ridefinizione dei rapporti tra la casa e la strada, pubblico e privato, e di produzione collettiva della salute quale bene comune e diritto fondamentale. In definitiva, fare salute in strada è parte di una consapevole strategia per una micropolitica e una infrapolitica del rapporto fra salute e diritti.

2. Mettersi in viaggio

L'antropologia ha da tempo messo al centro della sua riflessione il viaggio, la connessione fra contesti e il reticolo di strade da percorrere come modo di leggere la società e la

cultura in mutamento. Il viaggio, inteso come spostamento, interazione e dislocazione, mette in discussione le rigide logiche del radicamento e dell'affermazione identitaria (1). Questo orientamento di fondo porta a cogliere le esperienze situate di salute e malattia e le singolarità come un intreccio complesso di coordinate: genere, differenze di classe, squilibrati rapporti di potere e ineguaglianze, forme contemporanee della cittadinanza nella migrazione e nella diaspora, razzismi dichiarati o latenti. D'altra parte, lo spostamento, tema fondamentale della modernità urbana, è per certi versi riconfigurato quando pensiamo alla strada come susseguirsi di incontri e dialoghi e come opportunità di relazione dinamica. Un modo, questo, per elaborare consapevolmente un sapere relazionale sulle questioni della salute: quando cioè le consuetudini e gli usi dei corpi portano a riflettere sulla grammatica dello scambio e della sociabilità nel quotidiano, attraverso traiettorie individuali e movimenti collettivi.

La dimensione relazionale cui si è fatto cenno implica la ridefinizione delle premesse culturali delle relazioni sociali, mettendo in primo piano l'intreccio fra pratica e pensiero, le azioni ordinarie e la vita di ogni giorno. Su tali questioni l'antropologia medica sperimenta un'opzione metodologica di prossimità e distanza, nella ricerca intensiva sulla dimensione incarnata e performativa delle scelte e delle azioni quotidiane. In gioco è la stessa idea di agentività, come capacità umana di agire mediata culturalmente sia nella sua dimensione performativa sia nelle molteplici possibili interpretazioni dell'azione. Quando le persone sono in movimento e si mettono in relazione con gli altri attraverso la propria attiva presenza corporea, appare con maggiore evidenza la dialettica fra salute e malattia nella sua qualità per così dire incarnata. Se è così, la ricerca sulla salute non può attingere a una visione astratta, né fabbricare un modello lontano dai contesti e dalle persone. Dovrebbe piuttosto accettare la sfida di elaborare un sapere situato (2) nel confronto fra differenze di posizione, saperi quotidiani e interpretazioni, misurandosi con i problemi che le persone affrontano, nei luoghi dove vivono, desiderano, sperimentano limiti e possibilità, e incontrano la malattia e la guarigione, talvolta la sofferenza e la morte. Questo complessivo ripensamento della questione implica evidentemente alcune scelte di valore. Necessario è interrogarsi su quale idea complessiva di sistema di salute sia l'orizzonte di riferimento dei rapporti sociali, se pubblico e universalista oppure privatizzato secondo un sistema di scambi e prestazioni di mercato, quali i diritti da affermare e difendere, quali percorsi di ricerca intraprendere, secondo precise opzioni teoriche e di metodo. Necessario è inoltre riconoscere come le principali sfide per promuovere la salute chiedano di riconnettere le mobilità umane a processi internazionali di larga scala per misurarsi con la "sofferenza sociale" e la "violenza strutturale" (3).

Il sapere situato infine consente di decentrare lo sguardo, considerando la presenza corporea e i processi di salute-malattia come problematica intersezione di dimensioni quali il genere, la classe, le appartenenze socioculturali e le provenienze nazionali, che sono al tempo stesso

esistenziali e politiche. Permette infine di valorizzare le traiettorie molteplici e frammentate di utenti e operatori, attingendo alle capacità di fare incursioni all'esterno e alla vocazione proattiva di scoprire risorse nello spazio circostante. La tendenza a burocratizzare le pratiche e a istituzionalizzare le risposte, secondo logiche aziendalistiche e approcci medicalizzanti, in questo modo trova davanti a sé una radicale alternativa.

3. Salute collettiva e reti di salute mentale

Cosa si guadagna a osservare, in movimento, i dettagli della vita quotidiana in realtà in mutamento? Vorrei fare un esempio di lavoro attingendo alla mia esperienza personale, tratteggiando alcune situazioni della ricerca sul campo, realizzata in équipe, sulla salute mentale comunitaria in Brasile negli anni 2011-2014¹. La ricerca cui faccio riferimento è poi andata a costituire una base di confronto per la rete di Cooperazione e comunità di pratica Italia - Brasile che ha realizzato progetti di formazione e scambio culturale nel biennio 2018-2019². Nel suo insieme, si tratta di un lavoro coordinato portato avanti da un gruppo interdisciplinare di ricercatori italiani e brasiliani per produrre conoscenza e alimentare il confronto politico-culturale fra operatori, amministratori, organizzazioni di utenti, ricercatori, nel campo della salute mentale dei due paesi coinvolti.

Nelle esperienze che vorrei qui brevemente richiamare, hanno avuto rilevanza proprio lo spostamento e il fieldwork in strada. La prima fase di progetto su *Politiche, cittadinanza e reti di salute mentale comunitaria* si è basata su un'etnografia del quotidiano della

¹ La ricerca "Politiche, cittadinanza e reti di salute mentale comunitaria" – condotta da una équipe di antropologi del Dipartimento Uomo e Territorio (ora Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione) dell'Università degli studi di Perugia, in collaborazione con i dipartimenti di scienze sociali di due Università Brasiliane, rispettivamente la Unesp Università dello Stato di São Paulo e la UFSCar Università federale di São Carlos – è stata promossa e finanziata dall'Area salute e coesione sociale della Regione Umbria. Il programma di attività, di cui sono stato responsabile scientifico, si è sviluppato nel periodo 2011-2014 in due città (Araraquara e São Carlos) dello Stato di São Paulo. Dell'équipe di ricerca hanno fatto parte Michelangelo Giampaoli, Dalila Ingrande, Laura Cremonese e Paride Bollettin (per il primo anno). Il mio lavoro sul campo si è svolto per 13 mesi nei periodi di settembre 2011 - febbraio 2012; settembre 2012 - febbraio 2013; agosto 2013 - novembre 2013. Contatti costanti e visite reciproche di diversi membri dei gruppi di ricerca italiano e brasiliano sono proseguite negli anni 2014, 2017-2018.

² CoP BR-IT Comunità di Pratica Brasile-Italia è una rete di ricercatori e operatori della salute mentale comunitaria che da alcuni anni svolge ricerche e azioni tra l'Università Federale di São Carlos UFSCar (Stato di São Paulo, Br) e l'Università degli Studi di Perugia – Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione (FISSUF). CoP BRIT attua iniziative congiunte volte a individuare strategie di miglioramento della presa in carico in salute mentale, analizzando le pratiche dei lavoratori nella salute mentale, italiani e brasiliani, nonché i saperi quotidiani e le strategie di azione nelle comunità. Tali saperi e pratiche divengono la base del reciproco scambio di conoscenze ed esperienze, nella prospettiva dell'Educazione Permanente in Salute fra Brasile e Italia.

salute mentale, osservando direttamente e in modo partecipativo le interazioni sociali e i processi di cura in una regione dell'interno dello stato di São Paulo. La premessa della ricerca era che le politiche di salute mentale comunitaria, senza "istituzioni totali" e segreganti, richiedono un'attività collettiva permanente per deistituzionalizzare le pratiche dei servizi e mobilitare le risorse delle comunità locali. In tal senso, l'attenzione dovrebbe essere rivolta soprattutto verso quei saper fare formali e informali, che sfuggono a un'integrazione in una rigida struttura di tipo biomedico e possono favorire, nella loro pluralità, rapporti avanzati tra salute primaria (*primary health care* PHC) e salute mentale di comunità (*community mental health* CMH), con strategie di prevenzione e promozione della salute, in linea di continuità con la piattaforma di Alma Ata.

La ricerca sul campo si è sviluppata in modo partecipativo in diversi ambiti di vita urbana e nelle reti socio-sanitarie in due città di circa duecentomila abitanti dell'interno dello stato di São Paulo. Si è cercato nello specifico di « realizzare un'etnografia delle istituzioni, intese come pratiche politiche, che sviluppasse *sensibilità specifiche per le singolarità* e sperimentasse una *lettura qualitativa e intensiva dei movimenti e delle dislocazioni dei soggetti che attraversano i dispositivi di salute*. Una etnografia del quotidiano che, in modo partecipativo, descrivesse le interazioni e i processi di cura, proiettando la "luce obliqua" delle azioni minoritarie e molecolari sull'assetto stabilizzato dei regimi di pratiche amministrative» (4). In particolare è stata data importanza alla relazione tra la salute della famiglia, le cure primarie e gli itinerari terapeutici in salute mentale, ricostruendo le forme organizzative, le strategie di azione e la vita quotidiana di operatori, pazienti e familiari. Ciò spiega perché la ricerca non si sia svolta in un solo centro di salute, ma abbia invece puntato sullo spostamento costante dei ricercatori dentro la rete. La salute collettiva, infatti, è continuamente alimentata da relazioni, mutamenti di posizioni e spostamenti. Bisogna perciò evitare di identificare un "luogo" con un "gruppo" e con una "cultura". L'idea di "isola che vai cultura che trovi" non è mai effettivamente stata utile a capire come vivono e interpretano il mondo le "persone concrete che fanno cose concrete" per affrontare i problemi di salute, cercando di porvi rimedio.

Gli spostamenti nelle periferie hanno perciò scandito le nostre giornate a contatto con i pazienti, i servizi e i loro operatori. Per il nostro gruppo di ricerca la mobilità nello spazio urbano - camminando, in autobus, con auto-taxi e moto-taxi, talvolta approfittando di passaggi di fortuna in auto - ha permesso di entrare in relazione con le pratiche disseminate di prestazione di aiuto, così come con l'impatto nel quotidiano delle ineguaglianze sociali. Diverse/i pazienti incontrate/i nei gruppi di psicoterapia e nelle riunioni di counseling impiegavano molto tempo per giungere al servizio di salute mentale e tornare a casa in autobus. Alcune/i di loro non avevano abbastanza denaro per muoversi con i mezzi pubblici e fruivano di un sostegno economico con fondi sociali per accedere a questo livello minimo di diritto ad accedere alle cure.

Sul campo, la variabilità della nostra partecipazione a diverse interazioni ha permesso

di adattarci flessibilmente ai differenti contesti e di assumere in vario modo il ruolo di testimoni partecipi della difficile realtà condivisa dai nostri interlocutori. Per sviluppare un'analisi congiunta di casi e di dati, la ricerca ha ricostruito spostamenti, posizioni e prese di posizione, nel campo della salute comunitaria: le pratiche degli Agenti Comunitari di Salute, le assemblee dei servizi, le riunioni delle équipes dei centri psichiatrici territoriali, gli incontri dei gruppi terapeutico-riabilitativi dei pazienti e le psicoterapie di gruppo. Si sono infine studiati sia i percorsi biografici e le strategie di auto-attenzione dei pazienti, sia le esperienze informali delle équipes di salute, facendo emergere le contraddizioni legate alla presenza dell'ospedale psichiatrico in un territorio che nonostante viva un processo di trasformazione, in cui i movimenti di salute mentale operano per una salute di comunità senza istituzioni totali, il ricovero in ospedale rimane ancora come una delle risposte alle richieste di contenimento e rimozione della follia (4).

Quattro scelte metodologiche hanno caratterizzato la ricerca:

- (1) dare attenzione alle pratiche quotidiane attraverso una sensibilità etnografica per il contesto e per le interpretazioni e le azioni volte alla ricerca di aiuto, sostegno e trattamento;
- (2) seguire le storie di vita, le pratiche e gli spostamenti dei pazienti per far emergere - nel loro farsi - le reti, le trame narrative e le connessioni che attraversano contesti sociali e servizi di salute;
- (3) individuare e descrivere le situazioni di incontro e di confronto delle idee, nella loro dimensione emergente e "generativa", per una partecipazione ampia nella definizione critica delle aree di discussione e delle piattaforme di valutazione;
- (4) valorizzare le singolarità e le differenze nel "territorio vivo" delle pratiche di cura e di attenzione primaria come risorsa base per realizzare "analisi di processo" sulle politiche di salute mentale.

4. La vita in azione

Attraverso alcuni casi di studio, si è cercato di valorizzare nella ricerca sul campo la specifica vocazione etnografica a mobilitare i contesti di vita. A fronte delle vicende e degli imprevisti che si presentano nella esperienza della malattia mentale, le persone raccontano soprattutto gli spostamenti, restando per così dire quasi in bilico, sospese, tra il desiderio di andare lontano e quello di fermarsi, laddove può prospettarsi un luogo accogliente come auspicata conclusione di un lungo peregrinare³.

La nostra conversazione con Jair, un uomo mite e riservato di 63 anni, e sua moglie Amanda, si apre con considerazioni disincantate e critiche sul Sistema pubblico di salute SUS. Nel centro di salute comunitario del loro quartiere, Jair che ha subito una complessa

³ In accordo con coloro i quali hanno partecipato alla ricerca, in questo testo userò degli pseudonimi ed eviterò di fornire indicazioni che possano identificare le persone coinvolte.

operazione chirurgica all'addome, ha dovuto fare lunghe file di attesa per la mancanza di medici, rimasti ormai in troppo pochi - dicono - per seguire adeguatamente tutti i casi che si presentano al centro.

La malattia di Jair è parte di una storia di rifiuti e di marginalizzazione da parte della famiglia d'origine; una famiglia numerosa di coltivatori, arrivata dal Nord-Est, costituita da padre, madre e otto fratelli. La madre di Jair ha avuto alcuni ricoveri psichiatrici quando egli era ancora piccolo. La notte non dormiva, fumava la notte intera. Alla fine è morta di cancro ai polmoni.

Quella di Jair è anche una storia di migrazione verso città con un più alto tenore di vita, in cerca di condizioni economiche favorevoli. Viaggi ripetuti che Jair ha intrapreso in diverse regioni del Brasile attraversando città e fattorie in cui trovare rifugio e salario come bracciante, alle prese con «un lavoro duro che spacca la schiena, sotto il sole...» Jair ha sempre lavorato nei campi [*na roça*] e alla fine delle sue peregrinazioni si è stabilito nel 1988 nella città dove sposerà Amanda.

I suoi movimenti hanno portato Jair a conoscere diversi ospedali psichiatrici dello stato di São Paulo. All'inizio, ancora adolescente, ha cominciato ad avere paura, pensava che le persone parlassero male di lui. A sedici anni è stato ricoverato a Marilia, nell'ospedale psichiatrico spiritista più grande dello Stato. Poi nella città di Presidente Prudente per sette mesi, per giungere infine, dopo un nuovo ricovero a Botucatu, nell'ospedale della città in cui si svolge la nostra ricerca. Oggi che è seguito dal Centro di attenzione psicosociale [Caps], Jair afferma di aver capito che se si fosse curato con continuità forse avrebbe avuto meno problemi. La sua è una storia di risposte parziali a crisi periodiche, senza una reale esperienza di presa in carico dei problemi che l'hanno afflitto in passato. Alla fine è arrivato alla conclusione che avrebbe avuto bisogno di un farmaco [*remedio*] per la depressione: unico riferimento certo di una possibile negoziazione della relazione di cura. Adesso sembra quasi volerci rassicurare, ripetendo che prende il farmaco con continuità: «è importante prendere le medicine nel modo giusto...» [*“tomar o remedio certinho”*].

Amanda definisce come “coraggiosa” la sua decisione di sposare Jair, dopo aver scoperto la precedente lunga storia di malattia. Si sono fidanzati, ma solo dopo sei mesi, sorpresa ha ascoltato dal compagno le vicende riguardanti la sua salute. La scelta di Amanda, avvenuta in età avanzata e già con un matrimonio alle spalle, è stata alla fine condivisa, non senza fatica, da Adilson il figlio avuto dalla precedente relazione coniugale. Adilson, che nel racconto della coppia appare come il principale alleato nel percorso terapeutico, ora vive nella stessa casa della madre e di Jair. Abitano in uno dei “quartieri satelliti” popolari costruiti nel perimetro delle nuove periferie urbane della città. Questo nuovo nucleo familiare si è costituito dopo che Adilson si è separato dalla moglie, allontanandosi anche dalla figlia. Amanda dice che ha avuto problemi di alcol, affrettandosi ad aggiungere che anche l'ex moglie ha dovuto fronteggiare la dipendenza dalla droga. Il figlio è di religione

spiritista e la sua lettura della vita conforta Amanda, che pure è cattolica praticante. La sostiene, dicendo che questo incontro risponde a eventi e predestinazioni con cause spirituali lontane nella loro genealogia. Hanno deciso insieme di accogliere Jair che non aveva un posto dove andare e dormiva in strada, quando «si buttava a terra dove riusciva a trovare riparo». La strada è stata la sua casa per un lungo periodo: gli amici di Jair erano là, in caso di difficoltà poteva contare sulla rete informale delle persone senza fissa dimora [*moradores de rua*]. Il punto di svolta della loro storia è stato quando Jair è finalmente riuscito a operarsi all'addome. Per seguire la sua convalescenza Amanda lo ha preso in casa e da quel momento Jair non ha più avuto bisogno di chiedere aiuto ai fratelli. Anche dopo il matrimonio con Amanda, peraltro i rapporti difficili con la famiglia di origine di Jair non sono migliorati. Una sorella dell'uomo vive in città ed è tecnica infermieristica, il marito di lei lavora nella sicurezza privata. «Non sono ostili, solo non vogliono che Jair metta piede nella loro casa...».

Quando sta male Jair non dorme e la notte intera cammina avanti e indietro nella stanza da letto. Vorrebbe uscire, rischiando di perdersi o di correre qualche pericolo in strada. Nell'ultimo periodo di crisi, Amanda ha dormito con la chiave sotto il cuscino: dice che suo marito è una persona mite, non farebbe male a nessuno, ma proprio per questo deve essere protetto. «Bisogna avere pazienza. Quando è "nervoso" devo stargli vicino, mantenendo la calma». Fosse stata un'altra, dice Amanda, forse l'avrebbe lasciato: «Ho lottato molto per averlo con me».

La vicinanza di Amanda si esprime attraverso piccoli gesti di attenzione verso il marito, ad esempio quando prepara e sistema con cura la scatola in cui sono riposte in ordine le compresse che Jair prende a diverse ore del giorno. È un "fare ordine", forse assimilabile ai piccoli doveri domestici di chi sistema gli abiti nell'armadio o spolvera un mobile. È su questi stessi parametri che la coppia misura le capacità di Jair, discute periodicamente nel progetto di riabilitazione psicosociale concordato con gli operatori del Caps, quando Jair racconta del suo prendersi cura di una parte della casa, che pulisce facendo attenzione alle zone della cucina affidategli da Amanda.

Il sostegno alle periodiche difficoltà di Jair proviene da questo nuovo gruppo familiare e da una certa comprensione mostrata da alcuni vicini. Dall'altra parte, nella loro storia devono continuare a fronteggiare i parenti del marito, i quali sono evocati più volte come antagonisti, prima con cenni e allusioni, poi con giudizi severi di Amanda sui loro sguardi indagatori. Un'immagine efficace chiude la storia. Quella che ritrae Amanda vicina al marito alla festa del *bairro* organizzata dalla parrocchia. Lei cattolica praticante è rappresentante del comitato della festa, in cui anche il marito è coinvolto operativamente, lontano dai parenti che lo hanno emarginato. Adilson, il figlio spiritista sorride comprensivo alla madre che con Jair al suo fianco dice: «lui sta con me...».

Nella storia in movimento di Jair e Amanda si coglie la difficile responsabilità delle scelte

e la consapevolezza dei possibili delicati equilibri da raggiungere in certe condizioni. D'altra parte, i confini tra la casa e la strada sono porosi e situazionali, definiti volta a volta dalle interazioni dei protagonisti. Le insidie e le possibilità di vita possono presentarsi nel gioco complesso di sguardi fra dentro e fuori. Per comprendere queste dinamiche è importante considerare la relazione complementare fra la casa e la strada, «*a casa e a rua*», poiché «queste parole non designano semplicemente spazi geografici o cose fisiche commensurabili, ma soprattutto entità morali, sfere di azione sociale, province etiche dotate di positività, domini culturali istituzionalizzati e, come tali, in grado di suscitare emozioni, reazioni, leggi, preghiere, musiche e immagini esteticamente incorniciate e ispirate»(5). In questa direzione, l'antropologo brasiliano Roberto Da Matta ha tematizzato il rapporto fra «*a casa*» e «*a rua*», invitando a sperimentare dei rovesciamenti di prospettiva, al fine di interrogare i prevalenti criteri di classificazione e a chiedersi come può cambiare il punto di vista sui problemi quando ad esempio «l'asse della vita pubblica (dell'universo di strada) è inglobato dall'asse della casa». La strada appare allora come il luogo in cui una particolare forma di vita si configura ed anche come lo spazio dialogico dove sorgono gli interrogativi da rivolgere ai contesti relazionali sui quali i servizi possono agire da facilitatori. I concatenamenti di azioni possono infatti essere seguiti con attenzione partecipe o imbrigliati in circuiti di riproduzione della violenza istituzionale.

5. Vite non dispensabili: attivismo e azioni di salute comunitaria

Per capire come è fatta la vita di un quartiere bisogna camminarci e, attraversandolo, parlare con gli abitanti. Da un lato si scorgono i modi collettivi di appropriarsi dell'esterno, degli spazi circostanti la dimora e il lavoro, i quali appartengono strutturalmente alla logica esplorativa e poetica delle pratiche quotidiane dell'abitare. Dall'altro, si percepisce come sul confine tra pubblico e privato si inscrivano anche quelle azioni di sottrazione e sfruttamento di risorse pubbliche e di beni comuni che, intraprese da agenti economicamente e politicamente egemonici, hanno spesso un impatto distrutturante sulla salute collettiva.

Le nostre interviste sono costituite da lunghi colloqui sulla vita quotidiana e sulle pratiche dell'abitare e della trasformazione creativa dello spazio pubblico. Diversi materiali prodotti nel corso della ricerca sono inoltre costituiti da note e osservazioni fatte in strada, nei luoghi pubblici, nei negozi, ecc. Le strade del quartiere, come spazi definiti dalle politiche amministrative urbane con una stratificazione storica, hanno una funzione strategica nelle modalità di esclusione e inclusione di parti di popolazione urbana, di soggetti desiderabili/indesiderabili, di controllo e gestione di spazi pubblici urbani. La segregazione urbana è attivamente prodotta con un processo costante di discriminazione e classificazione dei problemi e delle persone (6). Al fine di mostrare

alcuni aspetti di questo modo di definire il terreno, mi concentro ora su un nodo che ha valenza strategica: l'intreccio fra salute mentale e dipendenze [*dependencia quimica*]. Si tratta di un ambito cruciale perché rispetto alla "dipendenza chimica" più evidente è il rapporto fra dispositivi disciplinari e soggettivazione, oltre che l'interazione tra nuove forme di internamento e violenza classificatoria applicata agli esseri umani.

Della nostra ricerca fanno anche parte situazioni in cui la strada è luogo di conflitto violento. In strada si muore.

Un giorno di gennaio 2013 nel CRAS (Centro di assistenza sociale) di un *bairro* periferico e povero della città, incontriamo un gruppo di donne impegnate in azioni comunitarie e in progetti del movimento di economia solidale. Alcune loro iniziative riguardano il campo delle dipendenze chimiche. Si sono riunite perché vorrebbero mettere in piedi un "*consultório de rua*", un ambulatorio di strada che possa intervenire proattivamente sulla riduzione del danno e il contrasto alla dipendenza da crack, un problema molto sentito che riguarda i ragazzi più giovani del quartiere. Questa strategia è in antitesi con le più recenti politiche dello stato di São Paulo, delle quali molto si è discusso, prevalentemente centrate sulla "*internação compulsória*", il ricovero sanitario obbligatorio per i consumatori [*usuários*] di crack. Le partecipanti all'incontro sono contrarie a questa politica securitaria e lamentano una crescente stigmatizzazione dei consumatori. Ciò porta, inevitabilmente, a una repressione di altre attività di strada considerate come illegali. A soffrirne sono soprattutto i cosiddetti *moradores de rua*, i senza fissa dimora, sui quali l'impatto degli interventi della polizia nelle periferie urbane è drammatico e devastante.

Ana, la più giovane delle donne, sostiene che il problema della violenza si è amplificato con l'avvicinarsi degli imminenti grandi eventi sportivi, in particolare i mondiali di calcio del 2014. Un processo di "igienizzazione" delle periferie urbane più povere e marginali, rispondente ai grandi interessi delle *lobbies* edilizie e immobiliari determinate a dare un "volto rispettabile" alle città, è condotto con un impressionante dispiego di mezzi e di forze militari. Inoltre, una guerra non dichiarata è in atto tra pezzi dello stato e organizzazioni illegali per il controllo del territorio. Sono profondamente colpito nell'ascoltare i racconti della violenza ordinaria per le strade e nel sentir parlare di "esecuzioni", con riferimento alle vittime di agguati di *commando* di motociclisti con il volto coperto da caschi integrali, che usano armi militari.

A fine dicembre, il gruppo di lavoro delle donne ha discusso l'ultima versione di un dossier preparato dal Comitato di studio [*comité*] formato da gruppi della società civile attivi in città come contributo al "Movimento contro lo sterminio dei giovani di colore che vivono nelle periferie urbane". I movimenti sociali e la costruzione di legalità attorno a grandi questioni di trasformazione sociale mostrano l'importanza di "lavorare in strada" per risalire all'origine sociale del diritto. Il diritto in strada è un modo di affrontare «il fenomeno legale dalla sua costruzione da parte dei movimenti come legittima

organizzazione sociale della libertà» (7). In effetti, l'analisi dei dati statistici relativi ai molti civili morti in scontri con la polizia mostra alcuni elementi incontrovertibili, che studi antropologici recenti hanno più volte evidenziato: «un alto numero di civili muore in scontri con la polizia ogni anno; il numero di civili che muore è molto più alto dei poliziotti che perdono la vita negli scontri; è molto alto il numero di civili morti che riporta una grande quantità di ferite d'arma da fuoco» (8). A tutto ciò va aggiunto che a morire sono ragazzi e adolescenti colpiti da colpi di arma da fuoco in conflitti in cui è coinvolta la polizia militare.

Secondo Ana il *Comité* ha già ottenuto alcuni importanti risultati. Il segretario per la sicurezza dello stato si è dimesso. La polizia ora è diffidata dalla possibilità di trasportare in auto il corpo di una vittima in uno scontro a fuoco. Esperti di diritto dovranno analizzare con attenzione i casi di morte violenta, indicati nei documenti ufficiali e negli articoli dei giornali locali con l'espressione "causati da tiro incrociato" [*troca de tiro*]. Il movimento cerca inoltre di sensibilizzare i professionisti della salute chiamati a stilare un apposito rapporto [*boletim de ocorrência*] quando si recano sul luogo di una sparatoria. Nel corso del loro lavoro, rivolto a ridefinire lo spazio pubblico del quartiere, le donne riunite al CRAS sanno di muoversi pericolosamente nel mezzo di un conflitto fra la polizia militare e le organizzazioni criminali per l'effettivo controllo del territorio. Pochi giorni prima della riunione, alcuni poliziotti sono entrati in questo stesso luogo, il CRAS, interrompendo un laboratorio di attività ludiche per interrogare un adolescente. Anche la madre del ragazzo è rimasta dolorosamente coinvolta dopo che il ragazzo ha avuto una crisi convulsiva e gli operatori sociali hanno richiesto l'intervento di un'ambulanza. Quella notte - con un atto di rappresaglia del quale, come sempre, gli autori rimarranno ignoti - sono stati lanciati ordigni da auto in corsa, allo scopo esplicito di terrorizzare la popolazione. E ci sono riusciti. Secondo la nostra collega brasiliana, l'équipe della Unità di Salute della Famiglia, è dovuta intervenire su frequenti richieste di aiuto da parte di persone anziane con forte disagio, ansia e picchi di ipertensione.

Le partecipanti convergono sul fatto che gli effetti sulla salute delle popolazioni dei *bairros* coinvolti sono drammatici. Una delegata del municipio chiede se ci si è seriamente interrogati sul fatto che un'opposizione all'intervento della polizia contro traffico di stupefacenti possa essere considerata come un tacito appoggio esterno alle attività del PCC - Primeiro Comando da Capital, vale a dire in favore della più potente e capillare forma di controllo extra-legale del territorio dello stato di São Paulo (9-10). Chiede la delegata del municipio: «Come si pone la politica del movimento e del *Comité* con la politica del PCC? Se l'idea è non vendere crack nel *Bairro* chi andrà a parlare con loro?» Ana e le sue compagne provano a sviluppare un ragionamento che già è stato fatto dai partecipanti ai lavori di preparazione del documento del *Comité*: bisogna incidere sulla coscienza delle persone senza mescolare i piani. Toccare problemi di questa gravità

significa agire come collettivo e non come individui. Non bisogna collocare nessuno in situazione di rischio - dice Ana - sia con la polizia, sia con i trafficanti. Ci si muove con difficoltà, in equilibrio instabile: «è come pattinare sul ghiaccio».

La situazione di ricerca che ho presentato ci mette di fronte a cosa davvero significhi apparire nello spazio pubblico, in condizioni limite, quando la violenza quotidiana attraversa i luoghi di vita, nell'ambito delle contraddittorie forme contemporanee della politica (11). L'azione civile in difesa dei diritti e nella promozione della salute è estremamente difficile quando in gioco è una forma di vita caratterizzata dalla intermittente esplosione di violenza, su un basso continuo di tensioni e incertezze vissute dalle persone. In un *bairro* periferico e povero, la violenza descritta come "straordinaria" e "occasionale", eppure pervasiva e costante, incide profondamente sulla perdita di spazi comunitari di riconoscimento. Il lavoro di Ana e delle altre partecipanti ai lavori del *Comité* mostra come la presenza corporea in uno spazio pubblico sia necessaria a testimoniare la drammatica condizione di chi lotta per il riconoscimento dei diritti. Eppure quando si sperimenta ogni giorno sulla propria pelle l'esposizione differenziale alla morte e alla mortalità, le soglie di apparizione sono contigue a zone occulte, dove le vite delle persone subordinate e precarie si riproducono e sono soggette a sfruttamento secondo la linea della classe, del genere e del colore (11). In questi casi, come ha mostrato Judith Butler (11), le azioni collettive transitorie e critiche svolgono una funzione cruciale nella ridefinizione del rapporto fra corpi, relazioni e luoghi di riconoscimento attraverso la presenza nello spazio pubblico: «Essere visibili, stare in piedi, respirare, muoversi, rimanere fermi, parlare, stare in silenzio [...] i corpi che si assemblano "dicono": "Noi non siamo dispensabili", anche se restano in silenzio» (11).

6. Conclusioni

L'«etnografia in movimento» vede lo spostamento dei ricercatori e le dinamiche di gruppo come risorse per cogliere la complessità della salute mentale, facendo saltare le partizioni e i confini di demarcazione fra vita quotidiana e lavoro istituzionale, fra casa e strada, favorendo al contempo il confronto politico tra diversi soggetti impegnati nelle comunità. In tal senso, la trasformazione dei luoghi attraverso la ricerca sulla salute collettiva può essere l'esito problematico e temporaneo di conflitti e negoziazioni fra bisogni, aspettative e forme di vita degli abitanti.

Camminando insieme agli abitanti nei quartieri periferici di una città, il dialogo interdisciplinare sulla salute permette di riconsiderare le definizioni preliminari, a ragionare sui processi di mutamento, a riconoscere zone di transizione e dimensioni sociali che a uno sguardo superficiale potrebbero altrimenti sembrare separate in distinti domini di privato e pubblico.

Sulla strada si apprende inoltre a stare vicini e a condividere spazi e tempi nella relazione

di cura e, come in altre condizioni limite, a saggiare le qualità emergenti delle forme di vita, anche quando le possibilità terapeutiche sembrano poggiare su un ridotto potenziale di efficacia (12). Qui il lavoro congiunto di operatori e ricercatori di varia formazione trova come punto di equilibrio l'impegno alla trasformazione riconoscendo che il processo di conoscenza e azione non è il risultato della somma aritmetica di singoli contributi e/o di saperi disciplinari già formati, ma l'esito di un cammino accidentato e creativo di scoperta. Di fatto, quando il focus dell'attenzione è la triade "salute-malattia-relazione di cura" «uno di quegli oggetti indisciplinati, non lineari, multipli, plurali, emergenti, poliedrici che richiedono un trattamento sintetico e totalizzante da parte dei ricercatori» (13), la sperimentazione è irrinunciabile. Possono essere così avviati processi di consapevolezza e di impegno etico-politico capaci di trasformare la realtà. Rendere visibili e riconoscibili tali processi è il compito che è chiamato ad assumere chi partecipa alla produzione di conoscenza e ad un reale e aperto confronto politico.

Bibliografia

1. Clifford J. Strade. Viaggio e traduzione alla fine del XX secolo. Torino: Bollati Boringhieri; 1999, (ediz. orig.: Routes. Travel and translation in the late twentieth century. Cambridge (Mass.) - London : Harvard University Press, 1997).
2. Haraway D. Simians, cyborg and women. The reinvention of nature. London & New York: Routledge; 1991
3. Farmer P. Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor, Berkeley - Los Angeles - London: University of California Press; 2003.
4. Minelli M. «Divorare per non essere divorati». Etnografia dei processi di deistituzionalizzazione nel campo della salute mentale in Brasile, "Lares", 2, 80, 2014: 387-412.
5. Da Matta R. A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. São Paulo: Brasiliense; 1985.
6. Bourgois P, Schonberg J. Reietti e fuorilegge. Antropologia della violenza nella metropoli americana. DeriveApprodi: Rom; 2011, (ediz. orig.: Righteous Dopefiend. Berkeley: University of California Press, 2009).
7. Costa AB, Sousa Junior JG, Delduque MC, Oliveira MSC, Dallari S.G. (a cura di) O Direito achado na rua. Introdução crítica ao direito à saúde. CEAD / Universidade de Brasília: Brasília; 2009.
8. Caldeira T. City of walls: crime, segregation, and citizenship in São Paulo, Berkeley: University of California Press.
9. Biondi K. "Junto e Misturado": uma etnografia do PCC. São Paulo: Editora Terceiro Nome; 2010.
10. Biondi K. Proibido roubar na quebrada. Território, hierarquia e lei no PCC. São Paulo: Editora Terceiro Nome; 2018
11. Butler J. L'alleanza dei corpi. Nottetempo: Roma; 2017.
12. Quaranta I, Minelli M, - Fortin S. (a cura di) Assemblages, Transformations, and the Politics of Care. Bologna: Bononia University Press; 2018.
13. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. In Almeida Filho N. La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Ed; 2000.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno