

Trovare la strada. Politiche sanitarie e costruzione dell'identità nella comunità italiana di Adelaide

Concetta Russo

Dottoranda in Antropologia della contemporaneità, Università di Milano «Bicocca»

La storia del rapporto fra emigrati italiani e figure professionali, come i *social workers*, è documentata fin dagli inizi del Novecento quando, nell'approdare a Ellis Island, i nostri connazionali subivano le ispezioni sanitarie ritenute dal governo statunitense necessarie per acconsentire all'ingresso dei migranti nella «nuova terra». Già allora, com'è possibile leggere nell'opera di cronisti dell'epoca, una grande difficoltà comunicativa caratterizzava questo primo contatto medico e già allora un tentativo di tutela del migrante fu messo in atto da una serie di formazioni associative (Tirabassi, 1990, pp. 29-39).

In questo intervento intendo affrontare il tema del rapporto fra costruzione dell'identità e mediazione culturale in ambito sanitario nella comunità italiana di Adelaide, una cittadina del South Australia, basandomi su una serie di dati etnografici raccolti tramite una ricerca sul campo svoltasi nel 2005.

Da buon paziente a buon cittadino

Il Governo australiano offre l'accesso gratuito all'assistenza sanitaria a tutti i residenti permanenti in Australia, pur incoraggiando gli utenti, tramite una serie di convenzioni, ad avvalersi anche dell'assicurazione medica offerta dal settore privato. Secondo la pianificazione del Governo, ogni cittadino ha diritto all'assistenza gratuita negli ospedali pubblici e ad agevolazioni sui costi dell'assistenza ambulatoriale. A ciò si aggiunge il piano farmaceutico nazionale che prevede una riduzione dei costi dei farmaci sovvenzionati. Come dichiara la *Charter of Care*, uno degli obiettivi è fornire informazioni ed «essere sensibili a utenti di

diversa estrazione culturale e linguistica», pertanto uno dei servizi offerti dal sistema sanitario è quello che permette di usufruire in maniera gratuita dell'ausilio di un interprete in ospedale.

Riguardo all'assistenza agli anziani, che occupa un posto di rilievo nelle politiche della salute, il Governo australiano propone programmi di «cure domiciliari» nell'ambito di una politica che mira alla riduzione delle ospedalizzazioni. L'assistenza domiciliare degli anziani presenta per il Governo australiano senz'altro dei vantaggi: curare a casa una persona anziana costa al governo circa la metà di quanto costerebbe un ricovero. Nella promozione delle cure domiciliari, di cui si occupa un organo governativo specifico, l'*Home And Community Care* (HACC), sono coinvolte varie associazioni e quasi tutte esercitano con particolare attenzione alla dimensione «etnica» degli utenti. Indicativa in tal senso è l'esistenza di un servizio autonomo e sovvenzionato dall'HACC, l'*Ethnic Link Service* (ELS), che si occupa di fare da ponte fra il cittadino immigrato e tutti gli organi (associazioni, agenzie, enti riconosciuti dal governo) che possono offrirgli cure domiciliari calibrate secondo i suoi bisogni «linguistici e culturali», come recita il materiale informativo¹.

Il cittadino, o – rientrando nello specifico delle politiche sanitarie – il paziente, è identificato primariamente in maniera «etnica», gli vengono pertanto riconosciute delle esigenze «culturali e linguistiche», e questo in prima approssimazione non può che apparire sensato. Ma una politica di tal fatta non è certo scevra da equivoci, il primo dei quali potrebbe essere la tentazione di giustificare un appiattimento dell'identità sulla «provenienza» e al declinarsi degli stereotipi di tale provenienza. Inoltre, proponendo una politica della differenza secondo cui la particolarità etnica deve essere riconosciuta, e anzi coltivata, poiché considerata un beneficio di carattere economico oltre che culturale, e indirizzare tale riconoscimento verso il raggiungimento di un'equità di diritti – come recita il documento firmato dal primo ministro – non significa affermare che se i bisogni sono etnicamente determinati i diritti (e i doveri) prodotti dalla «cultura di maggioranza» sono comunque da ritenersi universali? Non si rischia di fare della bandiera del multiculturalismo una coperta che celi una forma di inospitalità verso la differenza che «tiene ferma l'applicazione delle regole che definiscono i diritti» (Taylor, 2005, p. 48)? Al contrario, un'offerta sanitaria che sia realmente plurale sembra possibile solo attraverso un ripensamento di orientamento critico dei concetti di cittadinanza e di appartenenza e questo è attuabile nella dimensione in cui gli utenti stranieri comincino a essere considerati non semplicemente dei «corpi» di cui prendersi cura attraverso un processo di medicalizzazione (più o meno culturalmente flessibile che sia), ma dei soggetti che mettono in campo dei bisogni, operano secondo strategie e ridefiniscono in maniera quotidiana la propria identità negoziando non solo un iter terapeutico, ma anche, in una qualche misura, il proprio rapporto con lo stato che li accoglie.

Per di più, un altro punto chiave delle politiche del sistema sanitario può essere rintracciato nell'uso, tipico delle nuove politiche sanitarie degli stati liberali, del termine «cliente» in luogo del termine «paziente». Ciò che sembra sottendere a un così radicale cambiamento di definizione è l'applicazione di una logica di mercato alla gestione della popolazione. Ma proviamo a scendere nel dettaglio. Sotto il vigilante controllo del Sistema Sanitario Nazionale, gli anziani italiani che desiderino essere curati in casa in alternativa alla residenza in case di cura possono acquistare, con delle agevolazioni governative, dei «Pacchetti di Cura» (CACP's, ovvero *Community Aged Care Packages*) proposti da associazioni come l'*Italian Benevolent Foundation*². I CACP's – come dichiara la presidentessa dell'*Aged and Community Service SA & NDT* – offrono un'assistenza di tipo «olistico» attraverso l'assolvimento di compiti domestici come «fare la spesa, fare il bucato, provvedere alla pulizia della casa, offrire servizi pasti». Inoltre il programma con cui i CACP's sono costruiti «si avvale di metodi statistici innovativi» come «la grande opportunità di individuare i rischi base di cadute attraverso un database apposito» (Fisher, 2004, pp. 215-31). Nell'applicazione di una logica di mercato nella gestione sanitaria degli individui, lo sguardo medico degli enti che erogano i servizi sembra operare sul migrante una riduzione in termini di gestibilità. Se, all'interno di precise distinzioni «etniche», si vendono «Pacchetti di Cura» calibrati su un database e rilievi standard dei bisogni primari, l'appiattimento dell'identità individuale che si va a operare è doppio: sul piano dell'appartenenza e su quello della cura. L'individuo non è se non il precipitato umano di una statistica. E se il referto clinico istituzionalizzava il ruolo del malato trasformandolo in paziente (Good, 1999, p. 120), la «scheda dei bisogni» elaborata all'interno di tali enti sanitari sembra sancire il passaggio da paziente a cliente in vista di un riuso civile, nel senso di interno alla cittadinanza e ai diritti/doveri a essa correlati, dell'identità del migrante. Quello che sembra ingenerarsi, infatti, è uno spazio di negoziazione all'interno del quale gli immigrati italiani perseguono i propri bisogni muovendosi nel labirinto burocratico degli enti erogatori di salute, mentre contemporaneamente imparano cosa viene loro richiesto per essere dei buoni cittadini australiani. Solo soddisfacendo gli standard preposti dal governo che li accoglie, come buoni cittadini, essi potranno essere considerati «buoni da curare».

Il processo, messo in moto attraverso la sostituzione del termine paziente con il termine cliente, potrebbe considerarsi compiuto nel momento in cui, non contraddicendo le statistiche ufficiali e i database elaborati all'uopo, i migranti diventino dei buoni «consumatori di salute».

Queste tecniche che tentano di imbrigliare la diversità culturale (prima) e la malattia (poi) in griglie rigide, quanto funzionali, segnano quanto possa essere labile il confine, nel ragionare in termini di gestibilità socio-economica di fette «etniche» della popolazione, fra il considerare i migranti come soggetti politici

o come oggetti della politica che «in ultima analisi sono corpi, da salvare, da nutrire, da contare, da far entrare in statistiche di prevenzione» (Pandolfi, 2003, p. 147).

Il ruolo delle associazioni: dal curare al prendersi cura

Nel suo testo *L'invenzione del quotidiano*, Michel de Certeau opera una distinzione fra il concetto di strategia e quello di tattica. Egli connette la prima con le istituzioni, poiché la strategia consiste nelle «azioni che grazie al postulato di un luogo del potere (il possesso di uno spazio proprio) elaborano luoghi teorici (sistemi e discorsi totalizzanti), capaci di articolare un insieme di luoghi fisici in cui le forze vengono ripartite» (Certeau, 2001, p. 75). Al contrario, le tattiche consisterebbero nelle pratiche messe in atto dal cittadino, l'uomo comune, per creare degli spazi propri negli ambienti definiti dalle strategie. Considerando le politiche che il Governo australiano mette in atto in campo sanitario per adomesticare il migrante come una strategia, nell'accezione che de Certeau dà al termine, possiamo analizzare come tattiche le risposte messe in atto dagli immigrati italiani per delineare i propri personali percorsi all'interno dei labirinti istituzionali, rivendicando il proprio diritto a negoziare dei personali iter terapeutici.

Un servizio sempre più efficiente quanto sempre più dis-umanizzato crea, di fatto, un vuoto, uno scollamento fra i bisogni degli utenti e l'offerta sanitaria. In questo scollamento si inseriscono associazioni come l'ANFE (*Associazione Nazionale Famiglie Emigrati*) o il CIC (*Co-ordinating Italian Committee*) che coordinano i servizi di *caring* con attività di ordine più strettamente sociale e comunitario e in qualche modo «culturale», nella maniera che è sembrata agli organizzatori di queste iniziative più efficace per contrastare l'isolamento della fascia più anziana della comunità italiana e alleggerire il carico familiare che grava sulle seconde generazioni. Iscrivendosi al servizio *Day-care* dell'ANFE, ad esempio, un anziano può ricevere, oltre all'assistenza sui bisogni primari, «un po' di compagnia» a domicilio se ha gravi difficoltà motorie o psichiche, o presso la sede dell'associazione, prendendo parte alle attività preposte, quelle quotidiane come il circolo bocciofilo o quelle occasionali come i pranzi e le serate di musica italiana. È, infatti, una costante nel piano delle attività offerte e nel modo in cui esse vengono organizzate, il richiamo a quella patria, villaggio nella memoria, ripensata, attraverso le icone della sua tradizione pubblica. Ruolo di primo piano riveste, da questo punto di vista, la «musica tradizionale» e l'attenzione al gioco come tradizione (tornei di tre-sette, bocce...), oltre che, ovviamente, il cibo. L'offerta, dunque, pur mantenendo la centralità dell'esigenza sanitaria, si declina su dinamiche più strettamente culturali, o forse sarebbe meglio dire folkloriche, riattualizzando nella cura un'evocazione costante di

un'identità italiana personale e di gruppo. Identità ri-pensata attraverso retoriche di rappresentazione e dinamiche di immaginazione che, da un lato, sembrano svelare l'ancoramento a un'Italia del secondo dopoguerra rimasta congelata nella tradizione e nei valori e, dall'altro, denotano un processo di innovazione e di «contaminazione» reso necessario dall'incontro con il terreno di migrazione.

Promuovere la qualità della vita sul terreno migratorio significa, innanzi tutto, restituire ai migranti uno spazio di socialità condivisa all'interno del quale esperire e per certi versi ricostruire la propria identità personale. La risoluzione delle problematiche di carattere sanitario viene in tal modo legata a una legittimazione di significati che conferisce alla malattia un orizzonte di senso. Non si può curare, sembrano dichiarare associazioni come l'ANFE, se non all'interno di un più ampio processo di miglioramento della qualità della vita in generale. E di più: non si può migliorare la qualità della vita di un migrante prescindendo dai suoi bisogni «culturali». Non è solo l'accesso ai servizi sanitari, dunque, che dovrà tener conto delle provenienze geografiche e delle varianti linguistiche, ma l'offerta sanitaria per intero che dovrà trovare un equilibrio sull'ago della «diversità».

Contestualizzate all'interno di tali riflessioni, le attività che vedono come protagonisti cibo e musica dell'Italia degli anni cinquanta rappresentano qualcosa di più che semplice folklorismo, sono momenti di rivendicazione di un bisogno di non poco conto, di riaffermazione della propria presenza storica. In tal senso le associazioni divengono siti performativi di cultura, ambientazione e tradizione³. Nell'introduzione alla raccolta di saggi *Oltre il Folklore*, Fabio Mugnaini poneva l'interessante questione: «A chi servono le tradizioni?» (Clemente e Mugnaini, 2001, p. 41). A questa domanda, di non banali implicazioni, si potrebbero dare molte risposte, ma una in particolare mi è sembrata emergere dalla mia ricerca: le tradizioni servono a coloro che, terminato il periodo di vita lavorativa che sostanzia nell'impegno quotidiano il progetto migratorio, si trovano a fare i conti con la propria de-localizzazione.

Citando l'antropologo maghrebino Abdelmalek Sayad (2002), è tramite il lavoro che l'immigrato motiva, giuridicamente allo Stato che lo accoglie ed emotivamente a se stesso, la sua presenza in terra straniera, conferendo senso alla sua de-localizzazione.

Immigrazione e lavoro sono due stati legati consustanzialmente, a tal punto che non si può mettere in discussione uno senza al tempo stesso mettere in discussione l'altro e senza mettere in discussione se stessi. Non si può negarne uno senza negare l'altro e senza negare se stessi (in quanto immigrati) (Sayad, 2002, p. 232).

Se questo viene a mancare, a causa di una malattia o del sopraggiungere dell'età senile, ciò che viene a mancare è un orizzonte di senso attraverso il

quale esperire la propria identità. Di qui l'esigenza di ri-trovarsi, esigenza alla quale il recupero delle tradizioni del proprio Paese di provenienza può offrire, una prima, seppur parziale, risposta. Quando definisco le associazioni come siti performativi di cultura, ambientazione e tradizione, intendo sottolineare che essi sono «siti», cioè luoghi fisici: pensare un'identità culturale in assenza di una definita identità territoriale costituisce già di per sé una piccola sfida, costruendo così degli spazi delimitati dove esperire la propria appartenenza (nazionale e regionale) gli italiani possono meglio fronteggiare la propria deterritorializzazione. Inoltre essi sono «performativi» poiché contengono costanti «messe in scena» della tradizione popolare. Tale dimensione performativa sembra possedere una doppia efficacia: da una parte, infatti, essa ha l'intento dichiarato di costruire un'immagine pubblica (e dunque fruibile agli australiani) della cultura italiana (le feste sembrano dunque per i migranti delle ottime modalità di auto-rappresentazione e auto-definizione nei confronti della comunità di accoglienza), dall'altra si perviene a un obiettivo in qualche modo più «interno». Attraverso la rappresentazione di «ciò che è italiano» la comunità sembra rinnovare in qualche modo il patto identitario che la perimetra. Mettere in scena la propria italianità significa ratificare la propria diversità nei confronti degli australiani e delle altre comunità etniche: il concetto di «italianità» non è così soggetto a detrimento, poiché l'opera creativa di associazioni e club lo sottopone a una costante ri-significazione.

I tre corpi del migrante

Per concludere e tirare le fila di quanto detto, vorrei utilizzare come strumento euristico la distinzione che Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock (2006) operano fra corpo personale, corpo sociale e corpo politico, all'interno del dibattito sui significati culturali di salute e malattia. Considerando il corpo personale come la percezione che ogni essere umano ha del sé, le studiosi americane mutuano da Mary Douglas (1970) il concetto di corpo sociale «che rinvia agli usi rappresentativi del corpo in quanto simbolo naturale con il quale pensare la natura, la società, la cultura» (Scheper-Hughes e Lock, 2006, pag. 154) e da Michel Foucault (1976) il concetto di corpo politico «che si riferisce alla regolamentazione, alla sorveglianza e al controllo dei corpi (individuali e collettivi) in relazione alla riproduzione, alla sessualità, al lavoro e alla malattia» (Foucault, 1976); proponendo una metodologia di interpretazione del rapporto salute/malattia che tenga conto della triangolazione e dell'incessante scambio di significati fra questi tre corpi.

Secondo l'antropologa americana Nancy Scheper-Hughes (2000), in una società secolarizzata com'è quella contemporanea la malattia può assurgere al ruolo che nelle società rurali avevano pratiche corporee come la trance o al-

tre forme di resistenza sociale incorporata come le accuse per stregoneria, la messa in scena e il carnevalesco. Sostituendo queste modalità performative che la Sheper-Hughes chiama «istituzioni di rimedio», la malattia diviene un mezzo attraverso il quale esprimere delle esigenze, un modo di usare il corpo nel drammatizzare protesta e contestazione. Realizzando uno scambio di significati fra corpo sociale e corpo personale, i soggetti non «fingono» la malattia, bensì incorporano il proprio disagio sociale al punto da piegarlo a una logica biomedica, riconducendolo a un linguaggio di segni e sintomi che giustifichi la richiesta di una medicalizzazione del proprio patire. Questi «usi creativi della malattia» sono rintracciabili, secondo l'antropologa, in quei gruppi sociali che stanno vivendo delle delicate fasi di transizione, come può essere ad esempio un rapido passaggio da un'economia rurale a una economia industriale (Sheper-Hughes, 2000, p. 288).

Facendo un'abduzione del ragionamento della Sheper-Hughes, potremmo dire che ciò che gli immigrati italiani sembrano mettere in atto è un uso creativo del proprio ruolo di malati. Essi, infatti, tramite la partecipazione alle associazioni e la creazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto e di incontro sembrano usare la propria situazione di disagio corporeo (malattia, vecchiaia, malattia di un prossimo di cui prendersi cura), per esprimere e, in qualche modo, parzialmente risolvere il proprio disagio sociale. Utilizzando il loro corpo come un sito di resistenza, poiché i loro bisogni sociali risultano incorporati come i loro bisogni biologici, i migranti sembrano ricostruire tramite le problematiche legate alla salute il proprio ordine sociale. Se è vero, infatti, che i gruppi di auto-aiuto sono «tecnologie confessionali in cui la capacità di narrare la propria storia diviene garanzia di accesso ai servizi», sembrerà altresì plausibile che per i nostri italiani la condizione di malattia rappresenti una modalità privilegiata per avere accesso ai diritti della cittadinanza.

Ciò che si viene a operare in tal modo è una vera e propria inversione di concetti: se la malattia spezza il mondo fenomenologico di chi «cade malato», la ricerca della cura permette di ricostruire quell'ordine negato e nel caso della comunità italiana tale ricostruzione avviene nella direzione di un appaesamento.

Lì dove «appaesarsi» può significare lavorare alla costruzione di una nuova località, considerabile come

una forma di vita più identificabile nella temporalità che nella storicità, più complessa della comunità, più simbolica della società, meno connotativa di un paese, più mitologica che ideologica, più ibrida nell'articolazione delle differenze culturali che nelle identificazioni di genere, razza o classe (Pandolfi, 1996, p. 12).

Coinvolte e partecipi nella costruzione di tale ordine sociale, le associazioni sanitarie divengono, per i soggetti che compongono la comunità italiana, di

volta in volta dei prolungamenti della famiglia o delle vere e proprie comunità di vicinato. Da un lato dunque le associazioni, dando spazio alla dimensione del racconto autobiografico, offrono agli immigrati delle importanti occasioni di memoria, dall'altro, riproducendo e «mettendo in scena», tramite eventi pubblici, le icone dell'italianità agiscono come siti performativi di cultura, ambientazione e tradizione. Nella dimensione in cui si collocano sul doppio binario del personale e del sociale, le associazioni diventano per i migranti centri di chiarificazione della propria identità; luoghi in cui memoria personale e memoria pubblica guadagnano visibilità. Così la richiesta di un sistema sanitario culturalmente orientato non mette, né desidera mettere, in discussione le pratiche della bio-medicina, ma le pratiche dello «stare nella cura». Poiché sia il comunicare quanto l'esperire un disagio o un bisogno sembrano collocarsi, in questo caso, all'interno di un più generale processo di appaesamento.

Se da una parte, infatti, il Governo australiano usa la sanità per addomesticare il migrante e normalizzarlo entro l'idea di un corpo politico, dall'altra il migrante si aspetta di poter usare le proprie esigenze sanitarie, relative al proprio corpo personale, come strumenti di integrazione sociale, in tal senso egli esperisce in maniera creativa il proprio ruolo di malato realizzando in esso il proprio corpo sociale.

Ed è nella dialettica di interazione di questi tre corpi, quello politico, quello personale e quello sociale, che l'esperienza associativa di questi italiani «col trattino» (italo-australiani, come spesso si definiscono) sembra trovare il suo equilibrio. Poiché, infatti, nelle politiche sanitarie dello stato liberale il malato è primariamente cittadino, le pratiche della cura non possono essere scisse da quelle del diritto alla cura stessa, esperito, nel caso di Adelaide, tramite il contatto diretto con le associazioni. Inoltre, all'interno delle stesse associazioni, i migranti cercano e per molti versi trovano quell'orizzonte sociale di denso scambio di cui l'esperienza migratoria stessa li ha privati. E di più, trovano anche una risposta a quei bisogni culturali che permettono loro di appartenere a quel villaggio nella memoria che è l'Italia.

Note

- ¹ L'ELS copre l'intero stato del South Australia e mira ad assicurare che: «(1) persone che non parlano inglese abbiano accesso ai servizi per assisterli a rimanere nelle proprie case; 2) che questi servizi rispondano ai bisogni culturali. L'ELS copre 27 lingue» [dal materiale informativo ELS].
- ² L'Italian Benevolent Foundation SA Inc è un'associazione nata nel 1976 (costituita come ente nel 1980). L'IBF gestisce uno dei due grandi ricoveri per anziani italiani di Adelaide, l'Italian Village, ma si occupa anche da diversi anni dell'assistenza domi-

Americhe e Australia

ciliare degli anziani sotto il patrocinio dell'Aged and Community Service. Essendo in collegamento diretto con Ethnic Link Service, e con le altre grosse associazioni che si occupano di salute (come ANFE e CIC), l'IBF è uno degli enti principali erogatori di servizi per quanto concerne la comunità italiana.

- ³ Si usa il termine folklorismo nell'accezione intesa da Elke Dettmer (2001, p. 135): «Folklorismo è un costrutto analitico che denota l'uso consapevole del folklore [...] estromesso dal suo contesto locale originario».

Bibliografia

Anderson, Benedict (1996), *Comunità immaginate. Origini e fortuna dei nazionalismi*, Roma, Manifesto Libri.

Appadurai, Arjun (2001), *Modernità in polvere*, Roma, Meltemi.

Bibeau, Gilles (1996), «L'adeguamento dei servizi sanitari a un'utenza multiculturale», in *La tutela della salute in una società multi-etnica*, Atti del Seminario tenutosi a Perugia il 14-15-16 dicembre 1995, Perugia, Edizioni Cidis.

Certeau, Michel de (2001 [1974]), *L'invenzione del quotidiano*, Roma, Edizioni lavoro.

Clemente, Pietro e Mugnaini, Fabio (a cura di) (2001), *Oltre il folklore. Tradizioni popolari e antropologia nella società contemporanea*, Roma, Carocci.

De Martino, Ernesto (1982 [1959]), *Sud e magia*, Milano, Feltrinelli.

Dettmer, Elke (2001), «Folklorismo in Newfoundland», in Clemente e Mugnaini (2001), pp. 135-43.

Douglas, Mary (1970), *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, Harmondsworth, Penguin Books

Fisher, Marcia (2004), «Caring for the Aged in South Australia», in O'Connor, D. (a cura di), *Memories and Identities. Proceeding of the Second Conference on the Impact of Italians in South Australia*, Adelaide, Australian Humanities Press, pp. 225-31.

Foucault, Michel (1976), *Sorvegliare e punire*, Torino, Einaudi.

Good, Byron J. (1999), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di comunità.

Hobsbawm, Eric J. (1987), *L'invenzione della tradizione*, Torino, Einaudi.

Lock, Margaret e Sheper-Hughes, Nancy (2006 [1991]), «Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta», in Quaranta, I. (a cura di), *Antropologia Medica, I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pp. 149-94.

Ong, Ahiwa (2005), *Da rifugiati a cittadini. Pratiche di governo nella nuova America*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Pandolfi, Mariella (1996), «La pluralità dei sistemi medici e la eterogeneità dei modelli culturali e comportamentali relativi a salute-malattia», in *La tutela della salute in una società multi-etnica*, Atti del Seminario tenutosi a Perugia il 14-15-16 dicembre 1995, Perugia, Edizioni Cidis, pp. 31-36.

– (2003), «Le arene politiche del corpo», in *Antropologia*, annuario diretto da Ugo Fabietti, III, 3, pp. 141-54.

Ricoeur, Paul (2006 [1996]), *Il giudizio medico*, Brescia, Edizioni Morcelliana.

Sayad, Abdelmalek (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Scheper-Hughes, Nancy (2000), «Il sapere incorporato: pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica», in Borofsky, P. (a cura di), *L'antropologia culturale oggi*, Roma, Meltemi, pp. 281-95.

Taylor, Charles (2005), «La politica del riconoscimento», in Habermas, J. e Taylor, C. (a cura di), *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*, Milano, Feltrinelli, pp. 9-62.

Tirabassi, Maddalena (1990), *Il faro di Beacon Street. Social workers e immigrate negli Stati Uniti(1910-1939)*, Milano, Franco Angeli.