



benessere tecnologia società

Malati sospesi

I pazienti cronici nell'era Covid

a cura di Antonio Maturo
e Marta Gibin

Il volume è stato pubblicato con il contributo dell'Università Alma Mater Studiorum di Bologna.

Antonio Maturo, Marta Gibin (a cura di), *Malati sospesi. I pazienti cronici nell'era Covid*,
Milano: FrancoAngeli, 2022
Isbn: 9788835141532 (eBook)

La versione digitale del volume è pubblicata in Open Access sul sito www.francoangeli.it.

Copyright © 2022 Antonio Maturo, Marta Gibin. Pubblicato da FrancoAngeli srl, Milano, Italia, con il contributo del Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione , di <i>Antonio Maturo e Marta Gibin</i>	»	7
1. Gestire la cura del cancro durante il Covid-19: l'impatto sulle traiettorie di malattia , di <i>Marta Gibin</i>	»	17
2. L'impatto del lockdown e le strategie di coping nelle Persone con Parkinson. Il ruolo del Patient Engagement e della Digital Health Literacy , di <i>Linda Lombi</i>	»	33
3. Il caregiver "prometeico". Curare e convivere con l'Alzheimer durante il Covid-19 , di <i>Veronica Moretti e Elisa Castellaccio</i>	»	53
4. La gestione del paziente cardiopatico durante il Covid-19 , di <i>Alberto Ardisson</i>	»	74
5. "Una strada senza via d'uscita?": autismo, servizi e famiglie durante la pandemia , di <i>Alice Scavarda</i>	»	95
6. Gestire il diabete durante la pandemia di Covid-19: sfide e strategie di fronteggiamento , di <i>Valeria Quaglia e Silvia Radicioni</i>	»	115
7. Fibrosi polmonare idiopatica: le cicatrici invisibili dei «guerrieri stanchi» durante la pandemia , di <i>Annalisa Plava</i>	»	134

8. Virus socialmente trasmissibili. Stigma e HIV durante la pandemia da Covid-19 , di <i>Fabio Corbisiero, Giovanni Di Filippo e Asia Ferroni</i>	pag.	155
9. Covid-19 e sofferenza psichica: reinventare la cura nel contesto pandemico , di <i>Eleonora Rossero</i>	»	168
10. Pazienti in attesa di screening. La gestione del rischio oncologico durante la pandemia da SARS-CoV-2 , di <i>Barbara Morsello</i>	»	189
11. Donne migranti e malattia oncologica tra reti sociali e social networks durante la pandemia Covid-19 , di <i>Pamela Pasian e Veronica Redini</i>	»	205

11. Donne migranti e malattia oncologica tra reti sociali e social networks durante la pandemia Covid-19

di Pamela Pasian* e Veronica Redini¹

Introduzione

Il dilagare della pandemia Covid-19 ha ingenerato nel corso dell'ultimo anno un intenso dibattito pubblico, politico e scientifico sulle strategie di intervento ma anche sui problemi politici, socio-economici ed etici che il virus – più o meno direttamente – ha portato allo scoperto. Le questioni sollevate non riguardano solo le conseguenze sociali in senso ampio dell'epidemia (Favretto, Maturo, Tomelleri, 2021) ma gli stili di vita e i modelli di sviluppo contemporanei (Volpato *et al.*, 2020), le disuguaglianze sociali (Marabello, Parisi, 2020) e le tensioni intergenerazionali, il rapporto tra pubblico e privato nei sistemi sanitari e di protezione sociale (Navarro, 2020). Rispetto alla portata dell'impatto del coronavirus sulla società nel suo complesso è stato quindi notato come possa apparire per certi versi riduttivo definirlo “semplicemente” una pandemia nella misura in cui questo sembra più verosimilmente aver assunto i tratti di una sindemia. Attraverso questo concetto introdotto dall'antropologo Merrill Singer (2009) diventa possibile mettere in luce, e quindi riconoscere, gli effetti negativi prodotti dall'interazione sinergica di più malattie o da condizioni precarie di salute in un contesto caratterizzato da marcate disuguaglianze sociali. È insomma la concentrazione di una pluralità di patologie biomediche e di potere (Farmer, 2003) che permette di spiegare come gli effetti negativi di ogni singola malattia possono amplificarsi. Secondo alcuni studiosi (Horton, 2020) il Covid-19 ben si presta a questa definizione perché la sua diffusione e soprattutto la portata dei suoi effetti sono andati di pari passo con quelle delle malattie croniche

* Assegnista di ricerca Università Ca' Foscari di Venezia e docente a contratto di “Sociologia della Famiglia” Università di Padova.

¹ Ricercatrice di tipo b e docente di “Gender Studies” all'Università Iuav di Venezia.

¹ * Questo testo è stato ideato insieme dalle due autrici. Tuttavia la stesura dell'Introduzione, del Paragrafo 1 e del Paragrafo 3 è di Veronica Redini e quella del Paragrafo 2 e delle Conclusioni di Pamela Pasian.

(patologie cardiovascolari, tumori, obesità, diabete), con il venir meno di un'assistenza sanitaria territoriale diffusa, con una dilatazione degli squilibri socio-economici.

L'analisi che qui presentiamo si sviluppa da questa prospettiva e in linea con quella letteratura socio-antropologica che ormai da tempo ha posto la salute all'incrocio di una serie di questioni, in particolare tra le politiche di promozione e tutela, gli ecosistemi e i processi strutturali (Del Vecchio Good *et al.*, 1992; Quaranta, 2006; Redini, Vianello, 2020a; Wilkinson, 2005). A partire dai materiali di una ricerca qualitativa sull'accesso ai servizi sanitari delle pazienti oncologiche straniere nella città di Padova², in questo contributo intendiamo mettere in luce come le esperienze soggettive di malattia siano socialmente e storicamente prodotte in specifiche condizioni strutturali, ma soprattutto come la vulnerabilità e le diverse forme di agentività prendano forma sulle disegualianze di classe, genere, età, nazionalità e sulla presenza/assenza di risorse economiche e reti sociali di sostegno (Minelli, Redini, 2012).

Le storie che sostanziano la nostra analisi sono state raccolte durante la pandemia³ e appartengono a donne che avevano affrontato – o al momento dell'indagine stavano ancora affrontando – un tumore e a professioniste/i impegnati/e nella terapia presso associazioni e strutture sanitarie pubbliche (medici di medicina generale, oncologi/ghe, psico-oncologhe). Rispetto a questo *corpus* di testimonianze quello su cui ci interessa soffermare l'attenzione è il vissuto della malattia nel quadro dell'esperienza migratoria e alcune strategie di supporto a cui le interlocutrici hanno fatto ricorso in quanto donne migranti. Il nostro obiettivo è cioè di mostrare come concretamente queste donne hanno fatto fronte alla malattia evidenziandone la capacità di agire senza per questo trascurare i rapporti di potere e di autorità che hanno contribuito ad acuirne le difficoltà nel contesto pandemico.

² Il Progetto *Prima la salute. Accesso alle cure oncologiche da parte della popolazione immigrata* è stato finanziato dall'Associazione *Noi e il Cancro – Volontà di vivere Onlus* di Padova e realizzato attraverso una convenzione con il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (Fisppa) dell'Università di Padova.

³ La ricerca si è svolta durante l'emergenza Covid-19 nel corso del 2021. Le limitazioni della mobilità e del contatto fisico imposte dalle normative per contenere l'epidemia unitamente al rispetto della vulnerabilità fisica delle donne interessate, ci hanno indotto a rimodulare gli strumenti metodologici solitamente utilizzati nelle indagini qualitative optando per colloqui “a distanza” per via telefonica e digitale. Per una prima riflessione sulle strategie adottate per condurre il lavoro etnografico “da casa” durante la pandemia si rimanda a Góral-ska, 2021.

1. Salute e accesso alle cure delle donne migranti

La ricerca da cui questa riflessione prende le mosse⁴ nasceva con l'obiettivo di far emergere i punti di forza e/o le eventuali problematiche riscontrate dalle pazienti oncologiche migranti nel rapporto coi servizi sanitari locali. Il contesto in cui l'indagine si è svolta è caratterizzato da elevati livelli essenziali di assistenza in particolar modo per la patologia che prendiamo in esame⁵ ma, come vedremo, quando l'intervento biomedico chiama in causa le risorse relazionali, economiche e di solidarietà delle pazienti sembrano evidenziarsi delle diseguaglianze tra le donne migranti e quelle native.

Questo dislivello è ricorrente nelle ricerche socio-antropologiche che hanno tentato di individuare il modo in cui specifiche condizioni storico-politiche e materiali sanciscono e legittimano le disparità tra gli individui nell'accesso alle risorse e ai diritti (Terraneo, Tognetti Bordogna, 2018). Potremmo dire, in altre parole, che lo sguardo analitico degli scienziati sociali si è via via spostato dalla contestualizzazione socio-culturale della malattia al ruolo che i rapporti di forza giocano nel suo manifestarsi in specifici contesti (Nguyen, Peschard, 2003; Parker, Harper, 2006). L'analisi della salute si è così intrecciata con quella dei processi politico-economici globali che determinano l'ineguale distribuzione delle patologie e della sofferenza a livello locale arrivando a riconfigurare il concetto stesso di rischio (Janes, Corbett, 2009). Attraverso la nozione di violenza strutturale, l'antropologia medica ha per esempio messo in luce la connessione tra malattia, potere e diseguaglianze che si manifesta attraverso i processi patogeni (Farmer, 2004). Nel quotidiano questa relazione prende forma nella diversa esposizione al rischio di malattia (Fassin, 1996; Farmer 2001) e investe la questione dei diritti umani perché ha direttamente a che fare con la possibilità degli individui di sottrarsi o meno alla vulnerabilità (Farmer, 2003) e di poter operare concretamente delle scelte in materia di salute (Cerón, Jerome, 2019). Questa prospettiva analitica ha permesso di riflettere sulle condizioni che impongono la sofferenza fisica ed emotiva di specifici gruppi di popolazione in maniera strutturata attraverso lo sfruttamento economico e l'esposizione ai fattori di rischio nei luoghi di vita e lavoro. È risultata quindi particolarmente utile nell'analisi del rapporto tra salute e migrazione a partire dal fatto che notoriamente il capitale di salute dei migranti nel corso dell'esperienza migratoria tende ad erodersi. Questo peggioramento si traduce in una maggiore

⁴ Vedi nota 2 in questo capitolo.

⁵ Facciamo qui riferimento ai programmi di *screening* dei tumori femminili che sono parte dei livelli essenziali di assistenza (LEA) in particolare quello della cervice uterina, tramite Pap test, e della mammella tramite mammografia. La diffusione di queste attività di diagnosi precoce è iniziata in Italia a partire dagli anni Novanta e ha progressivamente mostrato una incidenza molto rilevante per la sopravvivenza delle pazienti e l'efficacia delle terapie (Zorzi *et al.*, 2014).

esposizione alle malattie infettive, ai problemi di salute mentale (Aragona *et al.*, 2012; Duncan, 2014) e riproduttiva (Crocetti, Manneschi, Visioli, 2010) ed è legato a una pluralità di fattori. Sullo stato di salute dei migranti agiscono i fattori di rischio legati alla precarietà e alla nocività del lavoro (Jordan, 2017; Redini, Vianello, Zaccagnini, 2020), allo svantaggio socio-economico (Palencia *et al.*, 2013), ad atteggiamenti razzisti e discriminatori (Asad, Clair, 2018; Fassin, 2006) alla difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari (Terraneo, 2016).

Quest'ultimo aspetto rappresenta una questione particolarmente importante perché chiama in causa il riconoscimento dei diritti fondamentali in un complesso intreccio di soggetti politici, capacità di agire e definizione delle forme di cittadinanza (Chatterjee, 2006). Ora, come le ricerche in merito hanno ben evidenziato, per i migranti l'esercizio effettivo di tale diritto nei Paesi di destinazione può essere ostacolato dagli intensi ritmi lavorativi a cui sono sottoposti (Tognetti Bordogna, 2009) e si sottopongono per le esigenze dei settori in cui sono impiegati⁶, dalla difficoltà di districarsi nella burocrazia sanitaria, dai timori legati alla condizione di irregolarità del soggiorno. Questa varietà di fattori è emersa, come vedremo, anche nelle esperienze delle interlocutrici della nostra ricerca nonostante sia importante sottolineare che esse non hanno segnalato fenomeni di discriminazione o una marcata difficoltà di accesso alle strutture pubbliche e agli Istituti specializzati presso i quali sono state in cura. La maggior parte di esse testimonia al contrario il buon livello di inclusività dei servizi coi quali ha avuto a che fare, la capillarità di questi sul territorio e una relazione con i medici e il personale socio-sanitario descritta fin nei termini di un «rapporto familiare» (Nina, 44 anni, moldava) per l'attenzione dedicata alla loro sofferenza. Una qualità della cura (*to cure*) accompagnata a un prendersi cura (*to care*) che le nostre interlocutrici sottolineano di aver riscontrato «a tutti i livelli: dalle infermiere in su [e] non solo nel loro lavoro, ma proprio come persone» (Klara, 45 anni, moldava). Si tratta evidentemente di un aspetto cruciale nell'esperienza delle donne di cui ci siamo occupate, tutte migranti, affette da una patologia tumorale (soprattutto cancro al seno) e inserite in un percorso terapeutico nelle strutture sanitarie pubbliche locali. Queste interlocutrici sono molto diverse dal punto di vista anagrafico e professionale anche se una parte rilevante di esse proviene dai Paesi dell'Est Europa (Romania, Ucraina, Moldavia) e al momento dell'indagine era o era stata impiegata come assistente domiciliare a ore in residenze private e in case di riposo⁷.

⁶ La necessità di sostenere gli intensi ritmi lavorativi dei settori in cui sono impiegati e di limitare i contraccolpi in termini di fatica fa da cornice, per esempio, alla diffusione del consumo di oppiacei, alcolici e sostanze psicotrope tra i lavoratori migranti nell'agricoltura, la concia e la logistica. Per un quadro di tale fenomeno si rimanda a Cipolla, Lombi (2012).

⁷ Questo dato si spiega in riferimento alla popolazione migrante che contraddistingue l'area della nostra indagine dove risiede il maggior numero di cittadini provenienti da queste

Nei dialoghi intercorsi sull'esperienza della malattia, il tumore viene rappresentato dalla maggior parte di queste donne come un evento *improvviso* che arriva a manifestarsi attraverso sintomi ormai molto evidenti. C'è spesso cioè nelle testimonianze il tentativo di rendere il passaggio repentino e scioccante da una condizione di relativo benessere alla malattia. Le parole di Svetlana, una ex infermiera impiegata in Italia come collaboratrice domestica, sono esemplificative di quanto detto anche da altre quando ricorda:

Ero sotto la doccia. Era un periodo che ero sempre stanca, sempre stanca ma mi dicevo che era perché ero ingrassata, poi io ho anche una malattia autoimmune alla tiroide e quindi mi dicevo: “Sta maledetta tiroide!”. Ma un giorno facendomi la doccia ho visto che il capezzolo era rientrato e lì... non ho non ho più visto niente e mi sono detta: “Sta roba qua... molto, molto probabilmente c'ho un tumore” (Svetlana, 60 anni, moldava).

Susan Sontag nella sua ormai classica analisi ha notato come il tumore dal punto di vista delle metafore si presenti come una malattia spaziale piuttosto che temporale (Sontag, 2002). Questa prospettiva è utile per riflettere su come frequentemente nelle esperienze delle nostre intervistate la malattia venga collocata in un percorso biografico solo in un secondo momento perché inizialmente viene rappresentato come qualcosa di altro da sé «che abita il corpo» (Ibidem, p. 18). In questo senso nelle storie raccolte c'è spesso la restituzione dell'evento inaspettato, di un sintomo come si diceva molto evidente che introduce, per così dire, a biografie che riconoscono di aver trascurato la routine della prevenzione così come di aver temporeggiato di fronte a primi, seppur anomali, segnali di malessere (eccessiva stanchezza, ingiustificato dimagrimento, piccoli noduli). La trascuratezza e un certo timore degli screening della popolazione immigrata residente in Italia sono fenomeni ancora poco studiati mentre la letteratura internazionale ha tentato di mettere a fuoco e spiegare tali resistenze (Andreeva, Pokhrel, 2013). Una insufficiente padronanza linguistica, una scarsa “alfabetizzazione sanitaria” (*health literacy*) (Simonds, 1974) e un diverso capitale culturale di salute (*cultural health capital*) (Naess, 2019) sono individuati per esempio come alcuni dei fattori che concorrono a limitare l'accesso delle donne migranti alla prevenzione. Senza dubbio la malattia acquista senso in una specifica rete di significati personali, sociali e culturali (Good, Del Vecchio Good, 1981), ma l'attenzione e la cura di sé sottintesi alla prevenzione vanno sempre sottoposti a una attenta critica analitica perché sono imbrigliate a condizioni esterne al

aree a livello nazionale (ISTAT, 2016; Provincia di Padova, 2019). Una parte preponderante delle intervistate proveniva dalla Moldavia ed era impiegata nel settore di cura. Tuttavia il ventaglio professionale e nazionale delle interlocutrici è stato più ampio e ha incluso donne originarie del Nicaragua, Marocco, Croazia e Gran Bretagna attive nel settore del commercio e dell'industria. A tutte loro abbiamo naturalmente attribuito in questo scritto nomi fittizi.

soggetto a cui possono essere sottratti margini di scelta e di azione. Ciò diventa particolarmente evidente nelle esperienze di quante tra le nostre interlocutrici riferiscono di aver appreso non solo una routine, ma l'importanza stessa degli screening in seguito alla migrazione e alla malattia perché provenienti da contesti in cui il sistema sanitario pubblico è debole e incapace di farsi carico della cura dei cittadini. È questa la direzione verso la quale sembra orientarci la testimonianza di Carmen, una giovane proveniente dal Nicaragua che spiega la propria «carente» cultura della prevenzione parlando della privatizzazione e dei tagli alla spesa che hanno indebolito i sistemi di salute pubblica nel suo come in altri tra i Paesi più poveri del mondo:

Io ho dovuto imparare da adulta a fare la prevenzione. È una cosa che mi ha colpito tanto perché [...] per come ho imparato io, finché ti senti bene continui ad andare avanti, tu non vai dal medico se non ti senti veramente male. Quindi ho dovuto cambiare questo pensiero, questa cultura di non andare, di evitare, di negare. Ho dovuto imparare tantissime cose, [...] perché non sei abituata a quello, non è il primo pensiero che hai, è una cosa naturale. Adesso che la penso così mi dico che è un po' fuori di testa non andare prima dal medico per prevenire invece di curare ma in Nicaragua è una lotta, la cultura sanitaria è molto debole [...] è troppo costosa, quindi arrivare ad una diagnosi se sai che non riuscirai a pagarla...arriva il meccanismo di difesa, di negazione: nego, nego, nego finché non riesco a negare più (Carmen, 33 anni, nicaraguense).

D'altra parte, quegli impedimenti logistici come la mancanza di tempo e la difficoltà a raggiungere gli ambulatori in orario di lavoro che appaiono rilevanti nella prevenzione delle donne italiane possono risultare ancora più limitanti quando si tratta di donne migranti. Sono queste situazioni, quelle cioè in cui in maniera più evidente emerge il rapporto tra le condizioni di vita e i limiti imposti nell'utilizzo dei servizi di salute, a ricorrere più spesso in testimonianze come quella di Irina, una quarantenne moldava impiegata in una ditta di pulizie che infatti racconta:

Avevo cominciato a sentire dei dolori al seno ma sono andata avanti circa un anno perché per fare la visita dal mio medico, tra che magari questi dolori mi venivano appena prima del ciclo, tra che [lo studio del medico] era anche lontano...insomma, io non andavo tanto spesso. E sono andata avanti un anno, finché una sera avevo proprio dei dolori forti ma mi sono detta: "Mah, passerà". E sono andata avanti un'altra settimana con un dolore fortissimo. Poi quando ho visto che non passava, sono andata dal mio medico e lui appena mi ha palpata mi ha detto subito: "Devi fare urgentemente una ecografia". Ho fatto un'ecografia – che poi non ho neanche trovato modo di farla in convenzionato e l'ho fatta in privato – e da lì è partito tutto (Irina, 44 anni, moldava).

In questa testimonianza si intravedono, in controluce, almeno due aspetti sui quali vale la pena soffermarsi. In primo luogo, una tendenza alla sottovallutazione dei propri problemi di salute che attraversa trasversalmente le analisi sulla condizione delle lavoratrici migranti e che si spiega sia in relazione al binomio salute/produzione che giustifica la presenza migrante nei Paesi di destinazione e l'assenza da quelli di origine (Sayad, 2002), sia alla realizzazione di un progetto migratorio inteso prevalentemente in senso economico. Questo insieme di questioni è richiamato per esempio da Nina per la quale la trascuratezza della prevenzione è legata a doppio filo al sovraccarico lavorativo e al ruolo economico che essa svolge sia verso la sua famiglia in Moldavia sia verso il figlio nato in Italia. In tal senso per questa assistente domiciliare la malattia «arriva all'improvviso» o meglio, come lei stessa dice, «non arriva in nessun modo»:

La malattia non è arrivata in nessun modo. Non ho mai fatto nessuna mammografia, prendevo le ricette ma non avevo mai tempo perché io lavoravo tantissimo, giorno e notte perché avevo un bambino piccolo a cui non volevo far mancare niente, perché volevo che lui aveva tutto quello che avevano gli altri, che non dicessero... [...] E poi è arrivata. Una mattina mi sono svegliata con la febbre sul seno: scottava, era tutto rosso e gonfio. Per prima cosa ho chiamato una signora italiana, e lei mi ha detto: "Ma sei matta? Chiama subito la dottoressa!". Allora ho chiamato la dottoressa che mi ha ricevuto d'urgenza e mi ha mandato subito a fare la mammografia. [...] Ecco come l'ho scoperto. In una notte, dopo essermi svegliata con la febbre al seno (Nina, 47 anni, moldava).

Il settore della cura in cui, come si è detto, sono prevalentemente impiegate le protagoniste della nostra indagine, per l'alta densità di lavoro e la scarsa regolazione dei tempi che lo contraddistinguono può arrivare a compromettere l'attenzione che le lavoratrici migranti possono riservare alla propria salute e l'utilizzo stesso dei servizi disponibili. Le condizioni di vita, di lavoro e lo status giuridico condizionano cioè l'immediatezza dei rapporti con le strutture sanitarie come nel caso emblematico delle lavoratrici irregolari che, prive di un proprio medico di famiglia, fanno ricorso a quello della persona assistita per una prima diagnosi. La sovrapposizione tra il medico dell'assistito e quello dell'assistente, già evidenziata nella letteratura (Tognetti Bordogna, 2009; Redini, Vianello, 2020b) permette un primo contatto con i servizi come si evince dalla testimonianza di Viorica, una quarantenne moldava impiegata proprio come assistente familiare:

Un giorno facendomi la doccia ho sentito un nodulo. Lì mi sono preoccupata. Dove lavoravo come badante, l'ho raccontato alle ragazze, alle figlie della signora. Ero all'inizio di quel lavoro, dovevo ancora fare la residenza e il dottore che veniva a fare le visite alla signora era un ginecologo e io gli ho chiesto il favore di palparmi il seno sinistro. Lui mi ha palpato ma purtroppo

mi ha detto che non c'era nulla di preoccupante, che data la mia età c'era un cambiamento ormonale. E io mi sono tranquillizzata. Poi dopo un paio di mesi la signora è mancata e io ho dovuto trovarmi un altro lavoro e trasferirmi e [dove lavoro ora] ho detto subito che dovevano farmi la residenza perché avevo questo nodulo che sentivo che c'era ancora e non mi piaceva e allora volevo [avere il medico di famiglia e] farmi qualche visita (Viorica, 44 anni, moldava).

Come si vede l'attenzione che è possibile riservare alla propria salute deve essere considerata entro coordinate differenti a seconda del genere, dell'età e della classe sociale. Se cioè i servizi appaiono caratterizzati da un alto grado di accessibilità e diffusione, le differenze tra pazienti migranti e non sembrano situarsi, per così dire, a monte e come vedremo a valle dei servizi stessi. Le parole di una oncologa introducono bene a una riflessione sul ruolo delle reti sociali nel punto di uscita dall'area di pertinenza strettamente biomedica perché racconta:

Le donne straniere possono trovarsi nella situazione di gestire in prima persona la loro malattia, anche a casa, anche continuando a lavorare perché non possono permettersi di perdere il lavoro [...] sono molto sole nel gestirla perché poi magari gli ammortizzatori sociali o altri tipi di paracadute non sanno bene come accedervi o proprio non ci sono (Dott.ssa Mino, oncologa).

2. Reti sociali nella migrazione

Numerosi studi e ricerche hanno indagato come i processi migratori prendono forma e si sviluppano grazie e attraverso le reti sociali (Bilecen, Gamper, Lubbers, 2018; Devillanova, Frattini, 2016; Ambrosini, 2006; Boyd, 1989). Esse rivestono un ruolo fondamentale, fornendo supporto emotivo, informativo e strumentale nelle diverse fasi della migrazione (Pasian, Storato, Toffanin, 2020; Barbiano di Belgiojoso, Ortensi, 2017), a partire dalla scelta della destinazione (Massey *et al.*, 1993; Castles, Miller, 2003), sino ai processi di integrazione ed inclusione nel nuovo contesto (Ambrosini, 2017; Chelpi-den Hamer, Mazzucato, 2010). Nelle fasi iniziali d'immigrazione è comune che le reti degli stranieri siano principalmente composte da persone con il medesimo *background* culturale e linguistico (Village, Powell, Pepper, 2017), con il passare del tempo invece le maglie della trama di connessioni e relazioni tendono ad espandersi (Barbiano di Belgiojoso, Ortensi, 2017). In questo senso la letteratura (Putnam, 2000) ha notato come le reti sociali possono assumere caratteristiche differenti. Le relazioni con i membri della propria famiglia o con persone afferenti a cerchie sociali omologhe, quali ad esempio connazionali, sono state definite legami forti o reti *bonding*; al contrario le relazioni che si intrattengono occasionalmente con persone al di

fuori della propria cerchia – comprese quelle con le istituzioni – sono state definite legami deboli o reti *bridging*. Se da un lato le reti *bonding* sono di più facile accesso rispetto alle reti *bridging*, esse presentano il limite di disporre di un numero ristretto di informazioni, poiché i membri del gruppo condividono le medesime risorse. In modo opposto, le reti *bridging* presentano maggiori difficoltà ad instaurarsi, ma hanno il potenziale di offrire nuove opportunità, grazie alle informazioni e risorse che possono apportare. È importante rilevare come questo tipo di reti non siano mutualmente esclusive (Ryan *et al.*, 2008), anzi è proprio la combinazione di reti ampie e diversificate che consente ai migranti di conseguire migliori condizioni di vita (Woolcock, Narayan, 1999). Le reti non sono statiche, ma vanno intese come una fluida, dinamica e occasionalmente nebulosa ragnatela di relazioni (Ryan, 2021) che dipende più da fattori di contesto (Ryan *et al.*, 2008; Lubbers *et al.*, 2010; Facchini, Patacchini, Steinhardt, 2015) che dalle capacità e caratteristiche individuali dei migranti, ad eccezione della conoscenza linguistica, del livello di istruzione e del capitale economico (Lubbers *et al.*, 2010).

Il ruolo delle reti sociali nell'accesso alle cure sanitarie, seppur ancora limitatamente indagato (Schoenmakers, Lamkaddem, Suurmond, 2017), assume rilevanza poiché esse possono porsi come veicolo di trasmissione del capitale culturale di salute (*cultural health capital*) che caratterizza il contesto di immigrazione (Naess, 2019), orientando e facilitando la comprensione di prassi biomediche e logiche organizzative e riducendo la sfiducia che spesso costituisce una barriera all'utilizzo dei servizi socio-sanitari da parte della popolazione migrante (Feldmann *et al.*, 2007).

Anche nelle esperienze delle donne protagoniste della nostra ricerca le reti sociali, qualora presenti, hanno ricoperto un ruolo fondamentale. Il racconto di Emily, una donna inglese di mezza età che ha concluso il percorso di cura prima del dilagare del Covid-19, ben evidenzia la rilevanza delle reti sociali.

Parliamoci con estrema sincerità [...] lei sa benissimo che quando c'è un problema di salute è fondamentale avere dei referenti [...] Io avevo...ho, non avevo, piena fiducia nella persona che mi ha operato, che conoscevo già perché era già il mio ginecologo. Ho una rete, un network di persone che mi seguono quindi dicevo che mi sentivo, mi sento non al sicuro, ma di più. Poi sì, ho consultato delle mie amiche a Milano, ho telefonato per dire: "Io qui ho l'esito dell'intervento, ti mando una scansione. Mi puoi confermare l'esito?". A [nome città d'origine] abbiamo sentito il numero uno, il numero uno. Mio fratello ha chiamato il numero uno per la tipologia di problema che ho avuto io...e tutti hanno confermato che è stato fatto un lavoro di eccellenza, ecco...ribadisco il concetto che fortunatamente ho la padronanza della lingua, sono una persona che ha potuto studiare e che ha ricoperto sempre certe posizioni lavorative (Emily, 59 anni, inglese).

La mobilitazione di un notevole capitale culturale e sociale grazie alla presenza di reti *bonding* e *bridging*, anche transnazionali, hanno permesso ad Emily una diagnosi rapida, un facile accesso alle strutture sanitarie e un intervento tempestivo ed efficace. La donna, consapevole di trovarsi in una posizione privilegiata, data dalla conoscenza della lingua e dalle risorse culturali e sociali a disposizione che hanno confermato e avallato l'eccellenza della cura a cui era sottoposta, riferisce di essersi sentita al sicuro e di avere piena fiducia nel medico che l'ha seguita. La letteratura ha evidenziato la rilevanza che il sentimento della fiducia riveste nella popolazione migrante in relazione alle cure sanitarie, in particolare l'assenza di fiducia è stata identificata come una barriera all'accesso alle cure (Feldmann *et al.*, 2007) ed è stata associata a percezioni peggiori del proprio stato di salute, ad una minore aderenza alle terapie, ad una minore qualità nelle relazioni con i sanitari e in generale ad una ridotta soddisfazione dei servizi (Benkert *et al.*, 2006; Halbert *et al.*, 2006; Hsieh, Ju, Kong, 2010; Whetten *et al.*, 2006). Anche nell'esperienza di Nadia, una donna marocchina, la fiducia nei confronti dei sanitari assume particolare rilevanza:

Ho preso la macchina e sono andata dalla mia amica Fatima, mi ha visto in faccia e ha capito che non scherzavo e mi fa: “Ma proprio tu, noooo, tu non lo devi avere il tumore, lo ho avuto io”...mi ha detto andiamo a [nome ospedale] dove sono stata operata io, ho detto: “No, guarda non vado da nessuna parte, perché ho già fatto tutto” e la mia amica mi ha detto: “No, non è possibile, devi andare da un'altra parte a controllare”, io ho detto “no, ho già fatto tutto, ho fiducia del medico e mi opero a [nome ospedale]” e mi sono operata lì (Nadia, 50 anni, marocchina).

Questa testimonianza esplicita come la dimensione emotiva ed in questo caso la fiducia nei confronti del medico, possa orientare le scelte di salute delle donne migranti (Della Puppa, Pasian, Sanò, 2020). Il suggerimento di sottoporsi ad un ulteriore accertamento proveniente da un legame forte, un'amica intima, una tra quelle che «facevano a turni e venivano a dormire da me» (Nadia), non riesce ad imporsi sulla scelta della donna di farsi operare dal medico dell'ospedale che ha diagnosticato la malattia e individuato il percorso di cura. In questa decisione che valica la rete *bonding* e la relativa mobilitazione di capitale culturale di salute, giocano un ruolo di prim'ordine e si complementano a vicenda (Zheng, Hui, Yang, 2017), sia la fiducia nell'istituzione sanitaria, maturata grazie alla presenza decennale in Italia dell'intervistata (Naess, 2019), sia la fiducia nei confronti del medico incontrato dalla donna (Hillen, de Haes, Smets, 2011). In ogni caso, a prescindere dalla scelta di Nadia, la rete *bonding* ha solidamente sostenuto la donna al punto che le amiche «addirittura facevano baruffa», la donna afferma: «facevo la chemio e andavo a casa da loro, ogni giorno mi tiene una, “no oggi vieni da me”, “no da me”», garantendo in questo modo un supporto emotivo

e pratico durante tutto il decorso delle terapie. In questo senso le reti si fanno carico soventemente di colmare dei vuoti che si situano in quel punto che potremmo definire di “uscita” dall’area di pertinenza strettamente biomedica e più propriamente in quella sociale. Molte donne riferiscono, ad esempio, di non aver ricevuto orientamento in merito ai servizi di supporto alle terapie (trattamenti, trasporti, etc.) e alle modalità di accesso all’indennità di accompagnamento o di invalidità così come a una rete – laica, associativa, di volontariato – che potesse supportarle nel rapporto con la burocrazia.

Se già in un’epoca pre-Covid, quindi, il ruolo di sostegno della rete nei casi di pazienti oncologiche appare fondamentale, con l’avvento della pandemia questo assume connotazioni ancora più marcate. Carmen, una giovane donna nicaraguense afferma di non essere riuscita a programmare una visita di controllo:

Devo dire che le prime volte mi ha aiutato tanto la mamma di A. [suocera], perché c’è questo problema quando tu prenoti al telefono, è molto difficile, infatti ho una visita che dovrei fare in gastroenterologia [...] è venuto il Covid e le visite non urgenti le rimandano, ma non sono riuscita a programmarla, ho aspettato mezz’ora, perché si fa solo telefonicamente, poi fra che non riescono a sentirti bene, tu non riesci. Quindi è molto difficile (Carmen, 33 anni, nicaraguense).

Uno dei principali ostacoli nell’accesso alle cure da parte della popolazione migrante è rappresentato dalla cosiddetta barriera linguistica; la conoscenza della lingua, infatti, costituisce l’elemento cardine per poter orientarsi nel frammentato contesto dei servizi sanitari. Tuttavia, la dimestichezza con la lingua italiana di Carmen non è parsa sufficiente a garantire un facile accesso alla semplice programmazione di una visita durante la pandemia. Alcune ricerche hanno infatti mostrato come molte consultazioni di *routine* e procedure non-essenziali sono state cancellate soprattutto nel primo periodo della comparsa del virus, sia per dare priorità alla gestione dei pazienti affetti dal Covid-19 e far convogliare nei reparti Covid operatori sanitari afferenti ad altre strutture, sia per evitare, o quantomeno ridurre, il rischio di diffusione del contagio all’interno degli ospedali (Boza-Kiss, Pachauri, Zimm, 2021). Carmen, pur disponendo di un ottimo livello di italiano, che comunque conserva un’inflessione ispano-americana, riferisce di non essere riuscita a fissare telefonicamente una visita specialistica sia per le lunghe attese, sia per le difficoltà di comprensione che si generano quando la comunicazione è mediata da un apparecchio e non è *vis à vis*. Poter attingere ad una rete *bonding* che di fatto rappresenta anche una rete *bridging* – la suocera italiana – ha garantito a Carmen la risoluzione della criticità e la programmazione della visita. Nell’esperienza della donna, la suocera riveste un ruolo di “*bridge-builder*” (Naess, 2019), facendosi carico della prenotazione della visita e di fatto connettendo la nuora con l’istituzione sanitaria. La criticità incontrata dalla giovane migrante non è riconducibile esclusivamente ad una

dimensione linguistica, ma si riferisce al più ampio e complesso sistema di codici e pratiche incorporate che consentono ad una donna nativa di rimanere in attesa per lungo tempo prima di una risposta, di interagire con le possibili richieste dell'operatore telefonico, di comprendere le logiche sottese al mutamento delle procedure a seguito del Covid-19, di riformulare richieste adattandole ai cambiamenti ed eventualmente di proporre soluzioni pur di conseguire l'obiettivo di fissare la visita.

In quei casi invece, in cui le donne migranti protagoniste della nostra ricerca non hanno potuto contare su una rete di facilitazione e intermediazione come nel caso di Carmen, l'impossibilità di recarsi di persona allo sportello durante la pandemia ha di fatto comportato l'interruzione di interi percorsi di cura, intrappolando le esistenze in uno spazio e in un tempo vuoto e indefinito in attesa della cessazione del *lockdown*. È questo il caso di Petra, dalla cui testimonianza è emersa l'estrema vulnerabilità a cui sono esposte le donne migranti e come questa sia stata ulteriormente esacerbata durante la pandemia. La donna lavorava come assistente familiare in regime di convivenza quando scopre la malattia. L'intervento chirurgico e le conseguenti terapie a cui la donna deve sottoporsi causano l'interruzione del rapporto lavorativo e l'innescarsi di una scala discendente che la porta a vivere in una condizione di marginalità. La conclusione del contratto di lavoro, la successiva scadenza della tessera sanitaria e la condizione di senza dimora comportano l'impossibilità di continuare a beneficiare di alcune prestazioni sanitarie e di programmare successivi controlli. Inoltre, il *lockdown* ha reso impossibile per la donna il ritiro dei referti delle indagini fatte prima dello scadere della tessera sanitaria.

In febbraio mi si è finita la tessera sanitaria, ho avuto storie, storie e storie per tessera sanitaria fino adesso, adesso arrivato qui ho preso la tessera sanitaria, in più febbraio, marzo, quando è cominciato questa pandemia, io ho fatto i raggi, la tac, ma non ho potuto ritirarli, era tutto chiuso, dopo stati in quarantena di più di un mese che non sono uscita fuori, dopo uscita fuori ho cominciato di nuovo a fare tessera e dopo di nuovo sono stata in quarantena...sapete nostra storia qui del [nome asilo notturno in cui alloggia la signora]. Adesso mi ha fatto sangue, mi ha fatto tac e lunedì vado dal dottore e dopo vado dallo specialista e così avanti (Petra, 66 anni, rumena).

Questa testimonianza evidenzia come nelle traiettorie di vita, di salute e malattia delle donne migranti molteplici dimensioni s'intersecano: la condizione lavorativa, lo status giuridico, la disponibilità di capitale sociale e culturale e la titolarità di accesso alle cure costituiscono un *corpus* unico e inscindibile che richiama e sollecita l'adozione di un approccio intersezionale ai fini della comprensione di queste esperienze.

Petra, non può contare su una rete di supporto, al punto che quando le viene chiesto se ha amici o conoscenti, risponde:

Si, però pochi [...] sapete come si dice da noi “quando hai soldi hai madre e padre, quando non hai soldi non hai né madre, né padre”. Così è successo a me...dico di più?! No...Ne ho due, però loro lavorano, sono in giro, sono 24 di 24, ci incontriamo qualche volta (Petra, 66 anni, rumena).

È costretta ad una vita marginale ed è solo un incontro fortuito a suggerirle una via per poter trovare rifugio e lentamente riprendere un percorso di cura e di vita:

Una volta alle cucine [mensa cittadina] mi ha visto un signore che mi ha visto troppo triste, sempre ho pianto, così brutta e mi ha chiesto perché sono così triste, cosa succede e dico: “Guarda io non ho soldi, di notte dormo al pronto soccorso e non so dove andare”, mi dice: “Stai calma, stanotte, tu vai di là [asilo notturno] e domani vediamo” e così è successo che la sera mi ha portata di qua [asilo notturno] e dopo mi ho fatto documenti per abitare qua la assistente sociale (Petra, 66 anni, rumena).

Solamente in seguito alla presa in carico da parte dell’assistente sociale della struttura che accoglie Petra, la donna ha la possibilità di riallineare la propria posizione giuridica al fine di accedere alle cure e controlli necessari. L’assenza di effettive reti *bonding* e *bridging* in grado di supportare la donna nell’affrontare la malattia e le sue conseguenze emerge con forza in questa testimonianza attraverso il modo di dire utilizzato dall’intervistata: «quando hai soldi hai madre e padre, quando non hai soldi non hai né madre, né padre». La condizione di precarietà e vulnerabilità che accomuna le vite delle donne migranti pare generare, tra le esili reti *bonding* che si creano, una sorta di solidarietà limitata alla condizione di benessere. Più che a una carente disposizione morale, questa appare riconducibile a una scarsità di capitale economico, sociale e culturale a disposizione di queste donne, che non posseggono risorse sufficienti per poter fronteggiare l’insorgere di eventi critici tra i membri della rete di riferimento. La solitudine e l’isolamento vissuto da Petra sembrano inoltre essersi acuiti durante la pandemia, la donna infatti non potendo contare sulla facilitazione di qualche amico o conoscente non riesce non solo a rinnovare la tessera sanitaria, ma nemmeno a ritirare i referti di esami svolti settimane prima. Sarà solamente l’incontro fortuito con un *bridge-builder* a indicare la strada che consentirà alla donna di riappropriarsi di un percorso di vita e di cura.

La letteratura ha già avuto modo di sottolineare come il Covid-19 ha colpito più duramente la popolazione migrante (De villanova *et al.*, 2020; Zambrano-Barragan *et al.*, 2021, Bhandari *et al.*, 2021) e le esperienze delle donne protagoniste di questa ricerca sembrano consolidare questo *corpus* di studi. Un ruolo determinante nell’affrontare le criticità è ricoperto dalle reti sociali e qualora queste sono deboli o inesistenti i percorsi di cura risultano severamente inficiati.

3. L'esperienza della malattia sui social network

Come si è visto, l'assenza o la debolezza delle reti di supporto gioca un ruolo fondamentale non solo nel processo terapeutico in sé, ma rispetto al modo in cui le donne intervistate gestiscono e fanno esperienza della malattia. Questa dimensione "vissuta" è predominante anche nei dialoghi etnografici, nel costante tentativo delle intervistate di orientare il discorso verso gli spazi disponibili alla narrazione della malattia (*illness narratives*) (Kleinman, 1988). Il modello di analisi proposto dagli antropologi Mary-Jo Del Vecchio Good, Paul Brodwin, Arthur Kleinman e Byron Good (1992) ha evidenziato l'importanza analitica del modo in cui i soggetti, attraverso la narrazione, danno forma e strutturano la propria esperienza. Narrare, collegare attraverso immagini, eventi ed esperienze in un racconto significativo è uno dei processi fondamentali negli sforzi personali e sociali delle donne con cui abbiamo parlato non solo per opporsi al rischio di dissoluzione innescato dalla malattia (McLellan, 1997), ma anche per rendere lo sforzo che hanno intrapreso per ricostruire un sé e un mondo diversi in seguito a tale evento (Mattingly, 1998a). Questo progetto, assume un ruolo ancora più importante nello scenario della pandemia quando le limitazioni del movimento e dei contatti sociali hanno dilatato il tempo e la solitudine in particolare delle pazienti che stavano seguendo un percorso post-operatorio. È proprio in questo frangente che molte testimonianze si sono soffermate sul supporto rappresentato dai social network e dai forum online dedicati al tumore in quanto spazi per raccontare, spiegare e fronteggiare la malattia.

Da ormai diversi anni i social network sono parte integrante del panorama dell'assistenza e della comunicazione sanitaria. Anche le strutture di sanità pubblica e i professionisti medici interessati dalla nostra ricerca vi fanno ricorso – soprattutto Facebook, Twitter e Instagram – per comunicare informazioni sul percorso terapeutico, sui servizi disponibili e per fornire talvolta un aiuto personalizzato⁸. Inoltre, come racconta una psico-oncologa, durante la pandemia questi strumenti sono stati fondamentali non solo per «mantenere i rapporti e far sentire la presenza ai pazienti, ma per proseguire il percorso terapeutico riprendendo a fare incontri settimanali su Zoom» (Dott.ssa Sini, psico-oncologa). Gli strumenti informatici e le piattaforme digitali hanno assolto quindi una funzione a tutto tondo nel percorso di cura permettendo sia il proseguimento di alcune terapie, sia il mantenimento di uno spazio di dialogo e di confronto sulla malattia nella sua dimensione quotidiana

⁸ Quelli che qui prendiamo in esame sono solo alcune delle risorse informatiche dedicate ai pazienti che si sono diffuse negli ultimi anni in ambito sanitario: app, banche dati, bacheche elettroniche che permettono consultazioni online con professionisti della salute. Per una analisi di questa trasformazione in chiave digitale dei servizi di salute si rimanda a Maturo (2014). Per un quadro invece delle implicazioni di questo fenomeno sul profilo del personale medico e socio-sanitario e sulle competenze informatiche loro richieste si veda Han, Wiley (2013).

ed esperienziale. Nelle testimonianze che abbiamo raccolto a questa funzione sembrano aver risposto soprattutto i gruppi Facebook dedicati a specifiche patologie tumorali che le nostre interlocutrici hanno dichiarato di frequentare e che per questo abbiamo nel tempo monitorato.

In questi spazi virtuali vengono depositate esperienze e testimonianze, che sono simultaneamente simili e diverse dalle più tradizionali narrazioni di malattia. Si tratta di interventi di lunghezza e contenuto variabile che possono innescarsi a partire da una domanda o dal breve resoconto di un'esperienza personale come una visita o un referto medico appena ricevuto. Gli scambi, le risposte, i consigli, le esperienze quindi di più persone che prendono il via da questo spunto, costituiscono una trama ampia e significativa. Si potrebbe dire che questi scambi virtuali rappresentano dei «modi efficaci» per comunicare i significati attribuiti alla malattia (Kleinman, 1988, p. 50) ma, diversamente dalle più tradizionali *illness narratives*, hanno la forma di *small stories* (Bamberg, Georgakopoulou, 2008) non solo perché sono molto brevi, ma perché sono spesso usate come «punto di ingresso» in una comunità più ampia assumendo più chiaramente l'aspetto di una narrazione co-costruita (Kangas, 2002). Questi scambi hanno infatti una dimensione interattiva, conversazionale, aperta a chiunque desidera partecipare. Assumono quindi le sembianze di un collage di storie non lineare – perché ci possono essere interventi che vanno “fuori tema” –, e privo di una scansione temporale ordinata dal momento che è possibile intervenire anche a lunga distanza. Tuttavia, se letti nel loro concatenarsi, tutti questi frammenti creano, per così dire, una trama convincente, intessuta dall'insieme delle vicende e dai punti di vista di tutte coloro che elaborano «ciò che è accaduto o sta accadendo, o potrebbe accadere in futuro» (Ochs, 2004, p. 269).

Gli scambi comunicativi nei forum virtuali cercano di rispondere a diversi obiettivi: primariamente a fornire informazioni utili sui vari aspetti della malattia e del trattamento ma, come sottolineano alcune nostre interlocutrici, anche a tenere la malattia per certi versi «sotto controllo» mitigandone le paure attraverso la narrazione e il confronto con l'esperienza delle altre. Appare in questo modo più chiaramente la caratteristica di strumento del racconto attraverso cui queste donne, in collaborazione tra di loro, danno senso alla malattia e fronteggiano l'esperienza del malessere e del dolore (Mattingly, 1998b).

Dal punto di vista argomentativo uno dei temi che emerge con maggior frequenza in questi scambi è il tumore come evento dirompente che marca un prima e un dopo nella biografia di ciascuna e che segna da un punto di vista fisico, emotivo e psicologico. Da questo evento e dal percorso che segue le terapie e gli interventi chirurgici il corpo esce infatti trasformato. Di fronte a tali cambiamenti le nostre interlocutrici così come le partecipanti ai gruppi online, parlano sia della sofferenza per quella che ritengono una perdita di integrità corporea e quindi di auto-stima, sia della graduale

accettazione di ciò che è ritenuto necessario al superamento della malattia e a una nuova affermazione di sé. Vengono messi a tema l'aspetto estetico e il modo di gestire un corpo nuovo nelle relazioni sociali e sentimentali con una vitalità che suscita ammirazione e talvolta sgomento per la sofferenza che vi traspare. Accanto ai consigli su quale reggiseno imbottito indossare al mare per chi ha scelto di non inserire delle protesi, ci sono le confessioni di quante non riescono ad accettare un corpo che considerano «menomato». Nonostante le problematiche che vengono affrontate, i toni di queste conversazioni sono sempre incoraggianti e non di rado dissacranti. È frequente cioè leggere i consigli sullo stile e gli accessori da usare non mascherando la perdita dei capelli, sull'impiantare o meno una protesi per «la tetta mancante» o le battute sul fatto che «ahimè dopo la chemio possono cadere i capelli ma non gli altri peli».

Comune denominatore degli scambi virtuali così come delle narrazioni nelle interviste è il riferimento da parte di queste donne a una comunità di «noi malate» ben distinta e separata dagli «altri» che, come sottolineano molte intervistate non possono capire cosa la malattia comporta a livello fisico, emotivo e psicologico. La partecipazione ai gruppi Facebook ribadisce l'appartenenza a questa comunità in nome di una capacità di resistenza e di negoziazione con le difficoltà ma soprattutto di affermazione di una nuova «normalità» (Goldstein, Shuman, 2012). Le testimonianze raccolte così come quelle depositate online insistono molto su questo aspetto: sul non voler rimuovere la malattia – che infatti viene sempre nominata –, ma di considerarla un «nemico» che si affronta a viso aperto e su cui si può avere la meglio. La forza, il coraggio una strenua opposizione al «fatalismo» (Drew, Schoenberg, 2011) sono i sentimenti più spesso richiamati per rappresentare la tempra di «noi malate» in opposizione se non a un vero e proprio stigma, a una certa, diffusa, etichettatura miserabilistica della «malata di tumore» come soggetto passivo, che non ha colpe per ciò che è avvenuto e soprattutto è condannata a un esito ineluttabile. Questo tema è costantemente richiamato dalle donne intervistate. Maria, per esempio, esemplifica la condizione di chi ha dovuto affrontare non solo una grave patologia ma soprattutto l'idea che il suo destino fosse ormai segnato. Tale visione che nel suo caso piuttosto che una cultura riflette un contesto dove la malattia ha effettivamente indici di sopravvivenza più bassi, influisce in maniera importante sulla sua socialità. Essa racconta infatti:

Ho una sorella che è stata qui in Italia con cui parlo di più perché ha una mentalità più aperta. Con quelle che sono rimaste là...sa quando sentono questa cosa “tumore” pensano subito “fatale” perché quando sentono che hai un tumore pensano che sei già con una gamba nella fossa. [...] E allora le amicizie in momenti come questi le perdi. Per esempio, nel mio caso sono io che mi sono tirata indietro, ho mantenuto solo quelle amicizie che pensavo che erano più buone, più forti ma...sono poche, perché guardando intorno non è

che...perché non vuoi spiegare a tutti che cosa hai, perché ti guardano...non con disprezzo ma tutti pensano: “Oh, povera, sei malata!” e tu vuoi evitare queste cose e quindi ti tiri indietro. Io, non so, forse sono una persona più sensibile e quindi ho preferito ritirarmi e così perdi le amicizie e ti senti ancora più...dimenticata (Maria, 51 anni, moldava).

È rispetto a questo *entourage* che Maria, ha cominciato a frequentare alcuni gruppi su Facebook: per poter «parlare» e confrontarsi con persone che stanno affrontando la medesima esperienza ma come racconta, con uno spirito ben diverso:

Mi sono iscritta in un gruppo su Facebook “Carcinoma mammario” e “Tumore al seno” e là veramente trovi una forza delle donne, incredibile! Quando ti iscrivi e scrivi il tuo problema loro ti rispondono “Dai! Forza!”. Sono bravissime, veramente sono...questa cosa è utilissima. Tante hanno vissuto o stanno passando ora questa cosa e solo loro ti possono capire. Perché chi non ci passa non ti può capire al 100%. Chi sta attraversando questo percorso, solo questa persona ti può capire e loro che ci stanno passando, ti danno una forza veramente, incredibile Ti mandano dei messaggi che ti fanno proprio...vivere!

Questa solidarietà tra donne lei l’aveva già sperimentata prima?

No. Solo in questa occasione. Solo in questi gruppi. Purtroppo sì. E in questi gruppi, durante la malattia, non guardano che sei moldava, che sei straniera, che sei italiana, tutte siamo uguali, per tutte c’è una parola buona, un incoraggiamento. Per tutte, per le nere e per le bianche (Maria, 51 anni, moldava).

In questa cornice comunitaria molte raccontano di trovare uno spazio di conforto e incoraggiamento ma anche un supporto informativo su quegli aspetti della terapia che non sempre trovano modi di esplicitarsi nel rapporto formale medico-paziente. I forum si adattano a questi scopi per la velocità con cui è possibile esprimersi e per la platea abbastanza ampia di interlocutrici che si possono raggiungere. Svetlana per esempio, una donna moldava che frequenta assiduamente un gruppo Facebook dedicato alla sua patologia, spiega alcune delle motivazioni che spingono alla frequentazione di questi gruppi e quale tipo di sostegno riescono a fornire:

In questi gruppi vi scambiate esperienze e consigli?

Certo! Certo! Per esempio questo mese ho fatto una tac da cui si è vista una cosa che poi si è rilevata non rilevante, ma [nel referto] hanno scritto “consolidamento nodulo-forme al polmone”. E io non ci ho visto più, era un’altra sorpresa che proprio non ci voleva. L’ho scritto nel gruppo dove ci sono persone che hanno anche studiato e l’amministratrice del gruppo mi fa: “Guarda Svetlana, poi raccontaci cosa ti dirà l’oncologa però secondo me se era una metastasi dovevano scriverti lesione”. E alla fine quando sono andata dall’oncologa mi ha detto che dovremo seguire cos’è, però è una cosa che può dipendere anche da un raffreddore che ha lasciato un residuo e che è comunque

una cosa che non c'entra con la malattia. Ecco, questo per spiegare che il gruppo ti tranquillizza. Perché in questi momenti la mente va dove non deve. Quindi sì [aiuta tanto, anche se] trovi anche cose tristi perché ci sono le notizie di persone che vengono a mancare. Ci sono tanti gruppi così, sul tumore al seno ma non necessariamente metastatico, io invece sono in quello del tumore metastatico (Svetlana, 60 anni, moldava).

A questo proposito è interessante incrociare la testimonianza di Viorica con quella di un oncologo in pensione perché il particolare, apparentemente banale, del consiglio su un indumento da indossare nella fase post-operatoria, rappresenta il pretesto per riflettere, da un lato, sui bisogni dei pazienti a cui non sempre i servizi riescono a dare risposta e, dall'altro, sulle più ampie trasformazioni della sanità pubblica. Raccontando del rapporto di amicizia che, attraverso la rete, ha instaurato con una connazionale affetta dalla medesima patologia Viorica racconta infatti:

[Ho conosciuto tramite Facebook una mia compaesana in ospedale e una sua amica] che anche lei è stata operata. Ecco, ho questo giro di tre, quattro amiche, che quando succede qualcosa ci sentiamo, ci consigliamo, ci scambiamo informazioni. Per esempio se una è stata già operata, e io mi opero fra poco, mi chiama e mi dice: "Fai così, fai colà, comprati questo tipo di reggiseno che serve per dopo l'operazione" (Viorica, 44 anni, moldava).

Il consiglio di un indumento da portare con sé in ospedale ritorna, come si diceva, nel dialogo con un oncologo in pensione che a partire da questo riflette su un cambiamento «generazionale» dei medici ma, naturalmente, più in generale, dei servizi sanitari. Il Dottor Siero racconta infatti:

Io dopo quarantacinque anni di lavoro come oncologo, mi permetto di fare delle osservazioni non dico cattive, ma veritiere. I medici hanno sempre meno tempo, voglia, spazio per dedicarsi a pazienti tra virgolette problematici. Questa non è una cattiveria, assolutamente. Di fronte a una donna che comunque può avere tutte le difficoltà di linguaggio, accettazione, provenienza, usi e costumi si cerca per quanto possibile di tagliare corto, in modo di non instaurare un rapporto...così...troppo impegnativo, troppo importante. [...] E purtroppo nelle varie specializzazioni in medicina, non solo in oncologia, si cerca di curare il fatto acuto, cioè tu vai al pronto soccorso perché hai, non so, una colica renale. Se poi hai anche un tumore, non importa: curiamo la colica renale, cerchiamo di risolvere quella e poi ti mandiamo a casa. Ormai il rapporto medico-paziente è questo. Curiamo la cosa urgente e basta. Credo – e questo mi dispiace molto perché, sa, io sono un pochino della vecchia guardia – mi pare che purtroppo si cerchi... [...] insomma mi pare che proprio venga impedito che si crei quel rapporto medico-paziente che era stato insegnato a quelli dell'età mia. Tutto deve essere molto impersonale, molto neutro, devi giudicare e devi decidere indipendentemente dal fattore emotivo. [...] [Invece] quando tu prendi in carico, c'è anche questo. Ma queste sono le

cose che ti insegnavano cinquant'anni fa. [...] È vero che quando ce lo insegnavano all'Università, c'erano un decimo dei pazienti che ci sono adesso, però... il medico fa anche questo, consigliare anche su un reggiseno a seconda dell'operazione. Sono quelle cose, per carità non da specialista, ma che danno un'idea... complessiva che fa parte di quel prendere in carico il paziente, nella sua complessità (Dott. Siero, oncologo in pensione).

Si vede bene quella che Didier Fassin (2008) ha indicato come la distinzione tra il «paziente come persona» e la «persona come paziente» mostrandone l'utilità per mettere a fuoco il rapporto tra pazienti e personale sanitario. Da un lato la «persona come paziente» riflette le aspettative degli operatori e dei medici rispetto alla patologia, ai sintomi e alle conseguenze del trattamento; dall'altro, i riferimenti al «paziente come persona» vanno a indicare in senso ampio la dignità umana e le considerazioni degli operatori sull'etica della relazione e la deontologia professionale. In questo secondo caso, come sottolinea l'oncologo appena citato è più difficile definire i modi in cui sono circoscritti e affrontati i problemi della persona sofferente che possono non trovare risposta nella singola e mirata prestazione biomedica. È questo più ampio scenario che, genealogicamente, è fondamentale considerare per spiegare la ricerca di spazi virtuali e non per raccontare l'esperienza della malattia.

Conclusioni

In queste pagine ci si è proposte di riflettere su come le esperienze soggettive di malattia siano socialmente e storicamente prodotte in specifiche condizioni strutturali. Gli studi e le ricerche hanno ampiamente messo in luce come le caratteristiche socio-demografiche, economiche, territoriali e culturali degli individui possono influenzare l'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli stessi e in particolare di come le disuguaglianze e iniquità di salute connesse alla condizione socio-economica, alla condizione migratoria (Lebano *et al.*, 2020), al genere (Gavurova, Rigelsky, Ivankova, 2020) e al loro concatenarsi (Redini, Vianello, Zaccagnini, 2020; Malmusi, Borrell, Benach, 2010) possono prendere forma. La pandemia da Covid-19, intersecando in modo totalizzante le biografie degli individui, ha rappresentato un ulteriore elemento di criticità nelle esperienze delle donne migranti oggetto di questo contributo, evidenziando come il contesto pandemico e le sue conseguenze hanno aumentato le disparità tra gli individui penalizzando ulteriormente i soggetti più vulnerabili.

La mancanza di servizi che si collocano al di fuori del contesto prettamente biomedico, e che interessano i diversi piani dell'esperienza di malattia delle donne – quello personale e sociale, quello organico ed emotivo, quello fisico e psicologico – rappresentano gli ambiti in cui maggiormente si sostanzia la disuguaglianza tra donne native e migranti.

Il ruolo svolto dalle reti sociali, *bonding* e *bridging*, nel fornire supporto durante i percorsi di malattia e terapia assume in questo contesto estrema rilevanza, poiché da un lato evidenzia come la rete possa contribuire a colmare i vuoti strutturali del sistema, dall'altro esplicita come le disuguaglianze possano ulteriormente accentuarsi qualora le reti non abbiano la disponibilità di condividere risorse sociali, culturali ed economiche.

Considerata l'unicità dell'esperienza di malattia e la necessità di soddisfare bisogni che valicano le risorse condivise dalle reti, alcune donne hanno individuato i social network come canale privilegiato per restituire al processo terapeutico una dimensione quotidiana ed esperienziale, che peraltro spesso è assente nelle interazioni con il personale sanitario. Spinte dal desiderio di inserire la propria esperienza all'interno di quella degli altri e impedita dal farlo *vis à vis* a causa del *lockdown*, le protagoniste della nostra ricerca hanno messo in campo un'agency che ha avuto l'obiettivo di normalizzare ciò che stava accadendo (Morsello, 2021) e di riappropriarsi di una soggettività nel processo di cura in grado di integrare e complementare la dimensione biomedica. Attraverso *illness narratives* che si sostanziano in *small stories*, incorporando anche dimensioni di *sickness* e *disease*, le donne hanno attribuito nuovi significati alla malattia, hanno rielaborato e condiviso i vissuti e dato senso alla propria esperienza.

Lo spazio virtuale e le reti sociali si configurano quindi come risorse determinanti nel fronteggiare l'esperienza del cancro, e questo appare ancor più vero in un periodo di pandemia, caratterizzato da misure di restrizione della mobilità con conseguenze sia a livello economico per la frequente precarietà delle condizioni lavorative delle donne migranti, sia sociale per la condizione di isolamento seguita alle misure di contenimento. Tale contesto aumenta la vulnerabilità di gruppi dove il capitale sociale, culturale ed economico a disposizione è limitato, con il rischio di inficiare interi percorsi terapeutici.

Come rileva Terraneo (2020), se le misure adottate per il contenimento della pandemia sono parse inevitabili, certo non sono inevitabili le conseguenze. Detto altrimenti, a scelte, primariamente politiche, che interessano la collettività è necessario far corrispondere attenzioni specifiche per i soggetti più vulnerabili, al fine di contenere l'ampliarsi del divario di salute tra migranti e nativi.

Bibliografia di riferimento

- Ambrosini M. (2006), "Delle Reti e Oltre: Processi Migratori, Legami Sociali e Migrazioni", in Decimo F., Sciortino G. (a cura di), *Stranieri in Italia. Reti migranti*, il Mulino, Bologna.
- Ambrosini M. (2017), *Why Irregular Migrants Arrive and Remain: the Role of Intermediaries*, «Journal of Ethnic and Migration Studies», 43(11), pp. 1813-1830.

- Andreeva V.A., Pokhrel P. (2013), *Breast Cancer Screening Utilization Among Eastern European Immigrant Women Worldwide: a Systematic Literature Review and a Focus on Psychosocial Barriers*, «Psychooncology», 22(12), pp. 2664-2675.
- Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S. (2012), *Post-Migration Living Difficulties as a Significant Risk Factor for PTSD in Immigrants: A Primary Care Study*, «Italian Journal of Public Health», 9, pp. 67-74.
- Asad L.A., Clair M. (2018), *Racialized Legal Status as a Social Determinant of Health*, «Social Science & Medicine», 199, pp. 19-28.
- Bamberg M., Georgakopoulou A. (2008), *Small Stories as a New Perspective in Narrative and Identity Analysis*, «Text & Talk: An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse & Communication Studies», 28, pp. 377-396.
- Barbiano di Belgiojoso E., Ortensi L.E. (2017), *Reti sociali e senso di appartenenza nel contesto migratorio. Un'indagine in Lombardia*, «Mondi Migranti», 2, pp. 105-124.
- Benkert R., Peters R.M., Clark R., Keves-Foster K. (2006), *Effects of Perceived Racism, Cultural Mistrust and Trust in Providers on Satisfaction with Care*, «Journal of the National Medical Association», 98(9), pp. 1532-1540.
- Bhandari D., Kotera Y., Ozaki A., Abeysinghe S., Kosaka M., Tanimoto T. (2021), *COVID-19: Challenges Faced by Nepalese Migrants Living in Japan*, «BMC Public Health», 21(752), pp. 1-14.
- Bilecen B., Gamper M., Lubbers M.J. (2018), *The Missing Link: Social Network Analysis in Migration and Transnationalism*, «Social Networks», 53, pp. 1-3.
- Boyd M. (1989), *Family and Personal Networks in International Migration: Recent Developments and New Agendas*, «International Migration Review», 23(3), pp. 638-670.
- Boza-Kiss B., Pachauri S., Zimm C. (2021), *Deprivations and Inequities in Cities Viewed Through a Pandemic Lens*, «Frontiers in sustainable cities», 3, pp. 1-7.
- Castles S., Miller M. (2003), *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Cerón A., Jerome J. (2019), *Engaging with the Right to Health: Ethnographic Explorations of the Right to Health in Practice*, «Medical Anthropology», 38(6), pp. 459-463.
- Chatterjee P. (2006), *Oltre la cittadinanza. La politica dei governati*, Meltemi, Roma.
- Chelpi-den Hamer M., Mazzucato V. (2010), *The Role of Support Networks in the Initial Stages of Integration: the Case of West African Newcomers in the Netherlands*, «International Migration», 48(2), pp. 31-57.
- Cipolla C., Lombi L. (a cura di) (2012), *Droga, mondo del lavoro e salute*, FrancoAngeli, Milano.
- Crocetti E., Manneschi G., Visioli C.B. (2010), *Risk of Invasive Cervical Cancer and Cervical Intraepithelial Neoplasia Grade III in Central Italy by Area of Birth*, «Journal of Medical Screening», 17, pp. 87-90.
- Del Vecchio Good M.J., Brodwin P., Good B.J., Kleinman A. (1992) (a cura di), *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.

- Della Puppa F., Pasian P., Sanò G. (2020), *Quando la Paura Guida le Scelte. Donne Immigrate e Salute Riproduttiva*, «Mondi Migranti», 3, pp. 71-97.
- Devillanova C., Colombo C., Garofolo P., Spada A. (2020), *Health Care for Undocumented Immigrants During the Early Phase of the Covid-19 Pandemic in Lombardy, Italy*, «The European Journal of Public Health», 30(6), pp. 1186-1188.
- Devillanova C., Frattini T. (2016), *Inequities in Immigrants' Access to Health Care Services: Disentangling Potential Barriers*, «International Journal of Manpower», 37(7), pp. 1191-1208.
- Drew E.M., Schoenberg N.E. (2011), *Deconstructing Fatalism: Ethnographic Perspectives on Women's Decision Making About Cancer Prevention and Treatment*, «Medical Anthropology Quarterly», 25(2), pp. 164-182.
- Duncan W.L. (2014), *Transnational Disorders: Returned Migrants at Oaxaca's Psychiatric Hospital*, «Medical Anthropology Quarterly», 29(1), pp. 24-41.
- Facchini G., Patacchini E., Steinhardt M.F. (2015), *Migration, Friendship Ties, and Cultural Assimilation*, «The Scandinavian Journal of Economics», 117(2), pp. 619-649.
- Farmer P. (2001), *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-Oxford.
- Farmer P. (2003), *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-Oxford.
- Farmer P. (2004), *An Anthropology of Structural Violence*, «Current Anthropology», 45(3), pp. 305-325.
- Fassin D. (1996), *L'espace politique de la Santé. Essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Fassin D. (2006), *The Biopolitics of Otherness. Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate*, «Anthropology Today», 17(1), pp. 3-7.
- Fassin D. (2008), *The Elementary Forms of Care: An Empirical Approach to Ethics in a South African Hospital*, «Social Science & Medicine», 67, pp. 262-270.
- Favretto A.R., Maturo A., Tomelleri S. (a cura di) (2021), *L'impatto sociale del Covid-19*, Franco Angeli, Milano.
- Feldmann C.T., Bensing J.M., De Ruijter A., Boeije H.R. (2007), *Afghan Refugees and Their General Practitioners in The Netherlands: To Trust or not to Trust?*, «Sociology of Health & Illness», 29(4), pp. 515-535.
- Gavurova B., Rigelsky M., Ivankova V. (2020), *Perceived Health Status and Economic Growth in Terms of Gender-Oriented Inequalities in the OECD Countries*, «Economics and Sociology», 13(2), pp. 245-257.
- Goldstein D.E., Shuman A. (2012), *The Stigmatized Vernacular: Where Reflexivity Meets Untellability*, «Journal of Folklore Research: An International Journal of Folklore and Ethnomusicology», 49(2), pp. 113-126.
- Good B., Del Vecchio Good M.-J. (1981), "The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice", in Kleinman A., Eisenberg L. (a cura di), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Springer, Dordrecht.
- Góralaska M. (2021), *Anthropology from Home. Advice on Digital Ethnography for the Pandemic Times*, «Anthropology in Action», 27(1), pp. 46-52.

- Halbert C.H., Armstrong K., Gandy O.H., Shaker L. (2006), *Racial Differences in Trust in Health Care Providers*, «Archives of Internal Medicine», 166(8), pp. 896-901.
- Han J., Wiley J. (2013), *Digital Illness Narratives: A New Form of Health Communication*, «Transactions of the International Conference on Health Information Technology Advancement», 2(1), pp. 47-52.
- Hillen M.A., de Haes H.C.J.M., Smets E.M.A. (2011), *Cancer Patients' Trust in Their Physician: a Review*, «Psycho-Oncology», 20, pp. 227-241.
- Horton R. (2020), *Offline: COVID-19 is not a Pandemic*, «The Lancet», 396 (10255), p. 874.
- Hsieh E., Ju H., Kong H. (2010), *Dimensions of Trust: The Tensions and Challenges in Provider-Interpreter Trust*, «Qualitative Health Research», 20(2), pp. 170-181.
- ISTAT (2016), *Stranieri residenti al 1° gennaio – cittadinanza*, testo disponibile al sito: <http://dati.istat.it> (10/08/2021).
- Janes C.R., Corbett K.K. (2009), *Anthropology and Global Health*, «Annual Review of Anthropology», 38, pp. 167-183.
- Jordan L.P. (2017), *Introduction: Understanding Migrants' Economic Precarity in Global Cities*, «Urban Geography», 38(10), pp. 1455-1458.
- Kangas I. (2002), *Lay and Expert: Illness Knowledge Constructions in the Sociology of Health and Illness*, «Health: An Interdisciplinary Journal for Social Study of Health, Illness and Medicine», 6, pp. 301-306.
- Kleinman A. (1988), *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books, New York.
- Lebano A., Hamed S., Bradby H., Gil-Salmeron A., Dura-Ferrandis E., Garces-Ferrer J., Azzedine F., Riza E., Karnaki P., Zota D., Linos A. (2020), *Migrants' and Refugees' Health Status and Healthcare in Europe: a Scoping Literature Review*, «BMC Public Health», 20, 1039.
- Lubbers M.J., Molina J.L., Lermer J., Brandes U., Avila J., McCarty C. (2010), *Longitudinal Analysis of Personal Networks. The case of Argentinean Migrants in Spain*, «Social Networks», 32, pp. 91-104.
- Malmusi D., Borrell C., Benach J. (2010), *Migration-Related Health Inequalities: Showing the Complex Interactions Between Gender, Social Class and Place of Origin*, «Social Science & Medicine», 71(9), pp. 1610-1619.
- Marabello S., Parisi M.L. (2020), *"I Told You the Invisible Can Kill You": Engaging Anthropology as a Response in the COVID-19 Outbreak in Italy*, «Human Organization», 79(4), pp. 250-258.
- Massey D.S., Arango J., Hugo G., Kouaouci A., Pellegrino A., Taylor J.E. (1993), *Theories of International Migration: a Review and Appraisal*, «Population and Development Review», 19(3), pp. 431-466.
- Mattingly C. (1998a), *Healing Dramas and Clinical Plots: the Narrative Structure of Experience*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Mattingly C. (1998b), *In Search of the Good: Narrative Reasoning in Clinical Practice*, «Medical Anthropology Quarterly», 12(3), pp. 273-297.
- Maturo A. (2014), *Vite misurate. Il quantified self e la salute digitale*, «Sociologia della comunicazione», 48, pp. 60-67.

- McLellan F. (1997), “*A Whole Other Story*”: *The Electronic Stories of Illness*, «Literature and Medicine», 16(1), pp. 88-107.
- Minelli M., Redini V. (2012), *Vulnerabilità e agentività nella sfera più intima. Una ricerca su operatori socio-sanitari, familiari e badanti nell’assistenza domiciliare alla persona disabile anziana*, «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», 29-30, pp. 267-314.
- Morsello B. (2021), *Ibride. L’esperienza del cancro al seno tra mutazione genetica e identitaria. Un’analisi sociologica*, Roma Tre Press, Roma.
- Naess A. (2019), *Trust, Cultural Health Capital, and Immigrants’ Health Care Integration in Norway*, «Sociology», 53(2), pp. 297-313.
- Navarro V. (2020), *The Consequences of Neoliberalism in the Current Pandemic*, «International Journal of Health Services», 50(3), pp. 271-275.
- Nguyen V.K., Peschard K. (2003), *Anthropology, Inequality, and Disease: A Review*, «Annual Review of Anthropology», 32, pp. 447-474.
- Ochs E. (2004), “Narrative Lessons”, in Duranti A. (a cura di), *A Companion to Linguistic Anthropology*, Blackwell, Oxford.
- Palencia L., Espelt A., Rodriguez-Sanz M., Rocha K.B., Pasaran I.M., Borrell C. (2013), *Social Class Inequalities in the Utilization of Health Care and Preventive Services in Spain, a Country with a National Health System*, «European Journal of Health Economics», 14, pp. 211-219.
- Parker M., Harper I. (2006), *The Anthropology of Public Health*, «Journal of Biosocial Science», 38(1), pp. 1-5.
- Pasian P., Storato G., Toffanin A.M. (2020), *Fuori dal sistema. Reti sociali e status giuridico di rifugiati in Veneto*, «Studi Emigrazione», LVII(220), pp. 564-58.
- Provincia di Padova (2019), *Statistiche demografiche*, testo disponibile al sito: <https://www.tuttitalia.it/veneto/provincia-dipadova/statistiche/cittadini-stra-nieri/moldavia/> (06/08/2021).
- Putnam R.D. (2000), *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, Simon and Schuster, New York.
- Quaranta I. (2006) (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Cortina, Milano.
- Redini V., Vianello F.A. (2020a), *Il dibattito socio-antropologico sulla salute delle e dei migranti*, «Mondi Migranti», 3, pp. 23-34.
- Redini V., Vianello F.A. (2020b), *Prendersi cura di sé e degli altri. Politiche della salute, migrazioni e bio-legittimità in Italia*, «Dada. Rivista di Antropologia post-globale», 1, pp. 243-264.
- Redini V., Vianello F.A., Zaccagnini F. (2020), *Il lavoro che usura. Migrazioni femminili e salute occupazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Ryan K. (2021), *Telling Network Stories: Researching Migrants’ Changing Social Relations in Place Over Time*, «Global Networks», 21(3), pp. 567-584.
- Ryan L., Sales R., Tilki M., Siara B. (2008), *Social Networks, Social Support and Social Capital: the Experience of Recent Polish Migrants in London*, «Sociology», 42(4), pp. 672-690.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell’emigrato alle sofferenze dell’immigrato*, Cortina, Milano.
- Schoenmakers D., Lamkaddem M., Suurmond J. (2017), *The Role of the Social Network in Access to Psychosocial Services for Migrant Elderly – A Qualitative*

- Study*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 14, pp. 1-12.
- Simonds S.K. (1974), *Health Education as Social Policy*, «Health Education Monographs», 2(1), pp. 1-10.
- Singer M. (2009), *Introduction to Syndemics. A Critical Systems Approach to Public and Community Health*, Wiley, San Francisco.
- Sontag S. (2002), *Malattia come metafora. Cancro e Aids*, Mondadori, Milano.
- Terraneo M., “Ineguaglianze nell’utilizzo dei servizi sanitari”, in Tognetti Bordogna M., Rossi P. (a cura di), *Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida dell’accesso ai servizi sanitari*, FrancoAngeli, Milano, 2016.
- Terraneo M. (2020), *Studiare le disuguaglianze di salute in tempo di pandemia: una cornice teorica*, «Sociologia Italiana», 16, pp. 87-97.
- Terraneo M., Tognetti Bordogna M. (2018), *E possibile studiare la relazione tra immigrazione e salute in Italia? Molte questioni, ancora pochi dati*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 4, pp. 788-813.
- Tognetti Bordogna M. (2009), “Lavoro di cura e sistema di welfare”, in Catanzaro R., Colombo A. (a cura di), *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Village A., Powell R., Pepper M. (2017), *Bonding and Bridging Among First Generation Asian Migrants in Australian Protestant Churches*, «Journal of Ethnic and Migration Studies», 43(11), pp. 1943-1963.
- Volpato G., Fontefrancesco M.F., Gruppuso P., Zocchi D.A., Pieroni A. (2020), *Baby Pangolins on my Plate: Possible Lessons to Learn from the COVID-19 Pandemic*, «Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine», 16(19), pp. 2-12.
- Whetten K., Leserman J., Whetten R., Ostermann J., Thielman N., Swartz M., Stangl D. (2006), *Exploring Lack of Trust in Care Providers and the Government as a Barrier to Health Service Use*, «American Journal of Public Health», 96(4), pp. 716-721.
- Wilkinson I. (2005), *Suffering. A Sociological Introduction*, Polity Press, Cambridge.
- Woolcock M., Narayan D. (1999), *Social Capital: Implications for Development Theory, Research and Policy*, «World Bank Research Observer», 15(2), pp. 225-249.
- Zambrano-Barragan P., Ramirez Hernandez S., Feline Freier L., Luzes M., Sobczyk R., Rodriguez A., Beach C. (2021), *The Impact of COVID-19 on Venezuelan Migrants’ Access to Health: A Qualitative Study in Colombian and Peruvian Cities*, «Journal of Migration and Health», 3(100029), pp. 1-8.
- Zheng S., Hui S.F., Yang Z. (2017), *Hospital Trust or Doctor Trust? A Fuzzy Analysis of Trust in the Health Care Setting*, «Journal of Business Research», 78, pp. 217-225.
- Zorzi M., Fedato C., Cogo C., Vettorazzi M. (a cura di) (2014), *I programmi di screening oncologici del Veneto. Rapporto 2013-2014*, testo disponibile al sito: <https://repository.regione.veneto.it/public/3d9a93c93ebda2f43feedcb9088f32cd.php?lang=it&dl=true> (11/08/2021).