

Relazione su “Progetto Stigma. Discriminazioni socialmente trasmissibili”

22 aprile 2010-22 ottobre 2011

La ricerca in oggetto ha inteso offrire una “fotografia complessiva” di come la “realtà HIV” (oltre agli aspetti biologici), sia costruita *dialogicamente* anche come configurazione discorsiva che la Comunità riconosce come “stigma” e che ha, inoltre, risvolti pragmatici definibili come “discriminazione”. Tale “fotografia” è stata realizzata in virtù di indicatori che avessero un fondamento scientifico di “stigma” e che, dunque, consentissero al tempo stesso, una misura degli stessi su tutto il territorio nazionale, in modo da poter predisporre la messa a punto di uno strumento che rilevi la presenza dello “stigma” rispetto alla “realtà HIV”, nei vari ambiti, settori e aspetti della Comunità umana. Ripercorriamo ora quelli che sono stati i principali passaggi che hanno consentito di realizzare la presente ricerca.

A fronte della assoluta delicatezza del tema, concernente sia aspetti di carattere teorico-metodologico, sia di carattere storico-demografico e, non per ultimo, di rilevanza biologico-sanitari, si è proceduto *in primis* con una necessaria e fondante riflessione epistemologica in merito all’oggetto di indagine.

Tale riflessione epistemologica è stata condotta relativamente all’oggetto di indagine (la realtà “HIV” e il processo di “discriminazione” come la Comunità nella sua globalità la genera nelle proprie produzioni discorsive), ponendo l’impianto teorico di riferimento della presente ricerca, ad un livello di realismo pertinente, ossia laddove si può collocare l’oggetto di indagine stesso: dunque sul piano della realtà “costruita”, piuttosto che “data”. Coerentemente con tale livello epistemologico, è stata adottata come supporto conoscitivo (e pertanto anche metodologico) la Scienza Dialogica¹ che ha come proprio campo di applicazione le configurazioni discorsive. Infatti l’assunto di riferimento parte dal presupposto come la “realtà HIV” (e di converso la “discriminazione”), si configuri come una realtà, processualmente (e non ontologicamente) intesa, generata a partire da tutte le produzioni discorsive che concorrono a configurarla in quanto tale. Pertanto, lo statuto epistemico (leggi conoscitivo) dell’oggetto di indagine è emanazione del linguaggio ordinario, inteso nella sua valenza ostensiva², ossia in riferimento alle modalità di utilizzo delle unità simboliche che lo compongono da parte della comunità dei parlanti (il cosiddetto “senso comune”). A fronte di ciò, la filiera conoscitiva della Scienza Dialogica

¹ Tale scienza ha come campo di applicazione le configurazioni discorsive, ovvero si occupa di come le unità simboliche (le parole) che compongono il linguaggio ordinario vengono impiegate secondo le “regole di applicazione”, ossia le regole relative all’interazione tra le medesime unità simboliche. Il focus dunque è l’uso delle unità simboliche nel generare ciò che il senso comune afferma in quanto reale. G. P. Turchi, C. Della Torre, “Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico”, 2007, Armando Editore ; G.P:Turchi, R: Fumagalli, M. Paita, “La promozione della cittadinanza come responsabilità condivisa. L’esperienza pilota di mediazione civica sul territorio della Valle del Chiampo”, Domeneghini Editore, 2010

² A fronte delle valenze che a livello epistemologico si possono attribuire al linguaggio, ossia la valenza denotativa, connotativa e ostensiva (appunto), Wittgenstein, 1967, *Ricerche filosofiche*. Einaudi, Torino. .

prescrive l'adozione paradigmatica, ossia l'insieme degli assunti conoscitivi³ a cui fare riferimento, nel Paradigma Narrativistico. Tale assunzione paradigmatica pone gli "strumenti" conoscitivi che indicano quali strumenti concettuali adottare per conoscere la realtà generata a partire da modalità discorsive messe in campo per descriverla in quanto tale.

Adottare i presupposti testè ricordati, si è posta pertanto la necessità di individuare e raccogliere tutte le produzioni discorsive delle voci che potessero essere coinvolte, a vario titolo, nella definizione/descrizione della "realtà HIV" e "discriminazione". Tale operazione, già di per sé metodologica, non poteva che partire dalla disamina della letteratura disponibile; è stata presa in considerazione quindi l'analisi della "letteratura di settore" "e della letteratura divulgativa", al fine di descrivere come viene configurata discorsivamente la "realtà HIV", quindi quali modalità narrative la letteratura metta a disposizione della comunità in riferimento all'oggetto di indagine. Al contempo la prima fase della ricerca ha previsto la somministrazione del protocollo costruito ad hoc⁴, a persone con HIV (375 rispondenti) e al gruppo "nucleo affettivo"⁵ (142 rispondenti). Nella seconda fase, le produzioni discorsive così raccolte sono state confrontate con il gruppo del "senso comune" (510 rispondenti) e con gli operatori dell'ambito socio-sanitario (240 rispondenti); il tutto per un totale di 1267 rispondenti.

A fronte di quanto emerso dall'analisi della letteratura di settore e della letteratura divulgativa è stato possibile evidenziare come, da un lato, l'area bio-medica, per quanto pertiene la prima, e l'area divulgativa scientifica, per quanto pertiene la seconda, configurino la "realtà HIV" prevalentemente in termini descrittivi inerenti gli aspetti che attengono al piano organico della patologia ("virus dell'HIV"). Quanto posto ha consentito di asserire come le due aree in oggetto, si collochino in modo pertinente entro il piano di riferimento, ossia quello della sanità, occupandosi del "virus dell'HIV", e della gestione di tutto quanto implica la patologia conseguente, a livello medico-sanitario.

Dall'altro lato, è emerso come la letteratura di settore (in particolare rispetto all'area bio-psico-sociale), divenga veicolo di "teorie sulla malattia"⁶ in virtù di presupposti legami di tipo deterministico, individuati ad esempio, tra l'insorgenza dell'infezione ed altri aspetti che si collocano in un piano

³ Come descritto nel primo capitolo del report finale di progetto, il Paradigma Narrativistico si situa a livello di realismo concettuale, secondo cui la realtà è costruita a partire dalle categorie conoscitive utilizzate per descriverla in quanto tale; ossia la realtà non è data in senso ontologico, ma esiste in quanto configurazione discorsiva. All'interno di un paradigma narrativistico la realtà non è concepita come conoscibile a prescindere dalle categorie messe in atto dall'osservatore, ma è generata a partire dalle modalità messe in atto per conoscerla, modalità intese "discorsivamente". Si viene delineando in tal modo una dimensione "diacronica" in cui assumono rilevanza i processi discorsivi che generano la realtà che si vuole indagare. In termini antinomici rispetto al Paradigma Narrativistico si colloca il **Paradigma Meccanicistico** il quale assume che l'oggetto di indagine sia un 'ente fattuale' conoscibile indipendentemente dalle categorie conoscitive utilizzate dall'osservatore; da ciò il riferimento al piano empirico-fattuale che consente l'individuazione di nessi di tipo causale tra gli enti. In tale cornice è possibile procedere ricercando la "spiegazione" dei 'fenomeni' oggetto di indagine, sia produrre delle "previsioni" (G.P:Turchi, R: Fumagalli, M. Paita, 2010).

⁴ Si rimanda per approfondimenti al secondo capitolo del report finale.

⁵ Il significato è quello dell'inglese "significant other": ogni persona che ha una grande importanza nella vita di un individuo per il suo benessere. In sociologia descrive anche chi ha una grande influenza sulla "definizione di sé all'interno del contesto sociale".

⁶ Vedi paragrafo 1.3.

differente da quello organico, nonché, soprattutto, in virtù della costruzione delle cosiddette “categorie a rischio”. Dal momento che tali “teorie sulla malattia”, risultano prescindere dall’esplicitazione dei presupposti conoscitivi di riferimento, è stato possibile considerare come il collegamento tra l’insorgenza dell’infezione e aspetti di ordine psicologico-psichiatrico, risulti essere un’operazione epistemologicamente infondata, ossia un’operazione che non trova collocazione entro il piano del senso scientifico, bensì entro il piano del senso comune. Ciò che è rilevante mettere in luce è che la caratteristica di infondatezza di tali “teorie”, si deposita, e dunque lo influenzi, a livello del senso comune stesso, divenendo quindi disponibili all’intera Comunità dei parlanti. L’assetto dialogico che si realizza, infatti, entro la rete di relazioni che caratterizzano un certo territorio, è dato dall’assunzione di predefiniti schemi culturali, tra cui anche quelli relativi alle “teorie sulla malattia”, che possono trovare forza legittimante in precisi ambiti, quali possono essere sia la letteratura “atta a divulgare”, sia la letteratura della comunità scientifica (quanto messo in evidenza è stato determinante nella definizione delle cosiddette, in quanto infondate, “categorie a rischio”; vedi più avanti).

Per quanto concerne la seconda richiesta, ossia la *definizione di indicatori di “stigma”*, in riferimento a coloro che hanno contratto il virus dell’HIV, l’analisi epistemologica è partita dalla definizione stessa di indicatori utilizzata in sociologia, ossia *“concetti di proprietà, che possono essere rilevati direttamente con una definizione operativa e che hanno un legame di rappresentanza semantica con il concetto generale a cui si riferiscono”*.

L’analisi critico-epistemologica condotta in merito a tale definizione, ha messo in luce come l’assenza di un riferimento teorico implichi, da un lato una corrispondenza tra l’indicatore (il dato raccolto) e la realtà, collocandosi pertanto, impropriamente, entro il livello ontologico; dall’altro implica che la validità dell’indicatore non è relativa alla teoria (della quale, l’indicatore in termini scientifici dovrebbe rappresentare la diretta emanazione), ma trova riscontro direttamente nell’operatività, ossia nell’empiria. Questo ha come ulteriore implicazione che gli indicatori possano cambiare costantemente al variare delle teorie dei ricercatori, non consentendone né la trasferibilità ad altri ambiti, né la possibilità che siano da riferimento per valutare l’efficacia di quanto messo in atto (aspetti questi che si sono verificati/verificano puntualmente rispetto all’oggetto della presente ricerca). Tale questione ha giocato un ruolo rilevante rispetto alla generazione delle “teorie sulla malattia” relative all’HIV, le quali si sono generate storicamente fin dagli esordi della scoperta del virus. In tale momento le autorità sanitarie, in sinergia con la comunità scientifica, rilevavano il diffondersi della sindrome corrispondente alla contrazione del virus, tenendo in considerazione le caratteristiche dei pazienti, gli stili di vita e/o le preferenze sessuali, non potendo che attestare il verificarsi degli elementi sintomatologici, in assenza della conoscenza scientifica circa i meccanismi fisiopatologici alla base di tali quadri clinici. Ecco che collocandosi rispetto a quanto via via si esperiva, e quindi al piano empirico della questione, gli indicatori di “rischio” di contrazione di tale patologia, venivano di fatto riferiti a “determinate categorie di persone”; viceversa il rimanere aderenti al piano degli aspetti fisiologici, avrebbe consentito di

asserire di trasmissione del virus, soltanto in riferimento a tutte le condizioni in cui questa poteva verificarsi, a prescindere dall' "orientamento sessuale" o da condotte quali la "tossicodipendenza".

Ecco che il secondo ordine di esigenze emerso, ossia disporre di indicatori di stigma scientifici che consentano in primis di *indicare* effettivamente l'oggetto di indagine, e non ciò che ciascun ricercatore può considerare come indicatore, rendendo possibile in tal modo valutare l'efficacia di interventi sia di prevenzione che di promozione, su cui si sceglie di investire. Si è evidenziato, pertanto, come ci sia la necessità (pena continuare a ottenere valori di efficacia non adeguati alla portata della sfida che l'HIV comporta), di declinare un impianto teorico e metodologico che, ponendosi come scientificamente fondato, consenta, da un lato la trasferibilità degli indicatori costruiti per la rilevazione e misura dello specifico oggetto di indagine; dall'altro di poter "effettivamente" valutare l'efficacia⁷ degli interventi costruiti in termini di scarto tra l'assetto discorsivo che si presenta prima dell'intervento e quello che si presenta al termine dello stesso.

Coerentemente con la filiera della conoscenza che la Scienza Dialogica prescrive, si inoltre adottata la "Teoria dell'Identità Dialogica"⁸ che fa riferimento all'identità come generata dalle seguenti polarità: il polo *Personalis*, ossia tutte le produzioni discorsive poste in termini autoattributivi; il polo *Alter*, ossia tutte le produzioni poste in termini eteroattributivi; e il polo *Propter omnia/Propter omnes*, che indica tutte le produzioni discorsive disponibili a livello della matrice del senso comune⁹.

Una volta esplicitata la matrice teorico-conoscitivo di riferimento per la presente ricerca, è stato possibile descrivere¹⁰ come sono stati costruiti gli indicatori che consentono di rilevare il processo di "discriminazione" nei confronti di persone affette da HIV; nello specifico, a fronte dell'adozione teorica, tale processo è stato riferito al costrutto di "carriera biografica", definito come *trama di produzioni discorsive poste in termini attuali e in anticipazione (proiezione futura) che caratterizzano sia il livello di 'come le persone si narrano' sia di 'come sono narrate' e, che assumono carattere di previsioni e/o spiegazioni al comportamento attuale/passato.*

Sono stati dunque costruiti i seguenti **indicatori di Carriera Biografica** in relazione alla realtà "HIV":

- Autoattribuzioni (autoattribuzioni in prospettiva attuale, autoattribuzioni in prospettiva passata, autoattribuzioni in prospettiva futura);
- Eteroattribuzioni (eteroattribuzioni dell'esperto, eteroattribuzioni del senso comune);
- Configurazione della "discriminazione";
- Competenze di gestione della "discriminazione";
- Configurazione della "normativa".

⁷ La "efficacia" è definita come "lo scarto tra gli obiettivi prefissati e gli obiettivi raggiunti, ossia indica quanto gli obiettivi posti siano stati raggiunti nel corso dell'intervento".

⁸ G.P.Turchi, R. Fumagalli, M. Paita, 2010

⁹ La teoria dell'identità dialogica si trova descritta nel dettaglio all'interno del primo capitolo del report finale.

¹⁰ Per quanto riguarda la metodologia di costruzione degli indicatori, si faccia riferimento al secondo capitolo del report finale.

Sempre secondo la filiera della conoscenza adottata nella presente ricerca, in posizione antinomica alla Carriera Biografica, si pone la Biografia che è intesa come *“insieme di produzioni discorsive che configurano l'intero spettro degli eventi che si sono descritti, e che contemplano l'anticipazione degli scenari possibili a partire da un punto della traccia biografica, che altrimenti genererebbero l'innescio di configurazioni discorsive ascrivibili ad un processo di “carriera biografica”*. A livello teorico pertanto è stato possibile definire un continuum che va da Carriera Biografica (“assenza di stigma”) a biografia (“presenza di stigma”) rispetto al quale si collocano gli indicatori sopra riportati.

A fronte della definizione/costruzione teorica di tali indicatori, è stato declinato l'impianto della ricerca illustrato all'interno del presente report. Nello specifico, coerentemente con l'assunzione epistemologico-teorica, è stata adottata la metodologia M.A.D.I.T. (Metodologia di Analisi dei Dati Informatizzati Testuali; Turchi G.P., 2004; 2009), sia per la fase di impostazione della ricerca “sul campo” (declinazione del piano della ricerca e costruzione del protocollo di indagine), che per la fase di analisi dei dati raccolti “sul campo” (descrizione delle configurazioni discorsive rilevate in relazione ai gruppi oggetto di indagine, ossia le persone affette da HIV e il “nucleo affettivo”, il “senso comune” e gli “operatori dell'ambito socio-sanitario”).

In virtù di quanto posto a livello teorico e metodologico (la costruzione degli indicatori di carriera biografica) e di quanto rilevato mediante la ricerca conoscitiva che ha coinvolto i gruppi sopra riportati, è stato dunque possibile predisporre un **piano conoscitivo che ha consentito di misurare il peso dialogico dello “stigma” nei confronti delle persone con HIV a livello nazionale**. Ossia è stato possibile collocare gli indicatori sopra elencati, all'interno del continuum carriera biografica-biografia, definendo la posizione degli stessi lungo una scala che vede all'estremità 10 una configurazione di carriera biografica (presenza di stigma) e all'estremità 1 una configurazione di biografia (“assenza di stigma”).

Infatti, a partire dagli assunti teorici di riferimento e dai risultati ottenuti mediante la ricerca, si è proceduto ad attribuire il “peso dialogico” che le modalità discorsive¹¹, formalizzate all'interno della Tavola Periodica dei Repertori Discorsivi¹², assumono nel concorrere a generare la realtà “HIV” in

¹¹ I repertori discorsivi sono definiti come “modalità finite di costruzione della realtà linguisticamente intesa con valenza pragmatica, che raggruppa anche più enunciati, articolati in frasi concatenate e diffuse con valenza di asserzione di verità, volte a generare (costruire) o mantenere una coerenza narrativa”. Si distinguono tre tipologie di repertori: - **repertori di mantenimento**: raggruppa quelle regole d'uso del linguaggio ordinario che non consentono di produrre uno spostamento verso configurazioni discorsive “altre” da quelle che si sono già rese disponibili, bensì, consentono di mantenere “uguale a sé stessa” la configurazione discorsiva; ossia mantengono una configurazione della persona con HIV come “persona malata” riducendo le possibilità narrative

- **repertori generativi**: raggruppa quelle regole d'uso del linguaggio ordinario che consentono di produrre uno spostamento verso configurazioni discorsive “altre” da quelle che si sono già rese disponibili, ossia rendono possibili altre possibilità narrative da quelle di “persona malata”;

- **repertori ibridi**: raggruppa quelle regole d'uso del linguaggio ordinario che traggono valenza di generazione o di mantenimento a seconda della classe di appartenenza dei repertori con cui questi interagiscono nella configurazione.

A tal proposito, si veda il quinto capitolo del report finale.

¹² Si veda in Appendice del report finale.

termini di “carriera biografica” piuttosto che in termini di “biografia” (concorso di produzioni discorsive che prospetta la possibilità di scenari differenti).

La tabella sotto riportata illustra dove si collocano gli indicatori lungo tale continuum in riferimento alle varie “voci” che sono state coinvolte.

		HIV	NA	OP	SC	Yind
Ya	Ya-p	7,1	7	7,5	7,4	7,2
	Ya-a	7,5	7,1	7,8	6,8	7,3
	Ya-f	7,1	7,1	8,3	7	7,4
	Ya-tot	7,2	7,1	7,9	7,1	7,3
Ye	Ye-e	6,9	6,8	7,4	6,8	7
	Ye-sc	6,6	7,2	6,6	7	6,9
	Ye-tot	6,8	7	7	6,9	6,9
Yd		7	7	7,6	7,3	7,2
Ygd		7,2	7,9	7,5	7,8	7,6
Yn		7	7	6,7	6,8	6,9
		YHIV	Yna	Yop	Ysc	Yita
		7	7,1	7,4	7,2	7,2

Legenda:

Ya: peso dell'indicatore “Autoattribuzioni”

Ya-p: peso dell'Indicatore specifico “Autoattribuzioni in prospettiva passata”

Ya-a: peso dell'Indicatore specifico “Autoattribuzioni in prospettiva attuale”

Ya-f: peso dell'Indicatore specifico “Autoattribuzioni in prospettiva futura”

Ye: peso dell'indicatore “Eteroattribuzioni”

Ye-e: peso dell'Indicatore specifico “Eteroattribuzioni dell'esperto”

Ye-sc: peso dell'Indicatore specifico “Eteroattribuzioni del senso comune”

Yd: peso dell'indicatore “Discriminazione”

Ygd: peso dell'indicatore “Gestione della Discriminazione”

Yn: peso dell'indicatore “Normativa”

YHIV: peso della configurazione complessiva “carriera biografica in relazione al HIV” a livello di persone con HIV

Yna: peso della configurazione complessiva “carriera biografica in relazione al HIV” a livello di persone componenti il “nucleo affettivo”

Yop: peso della configurazione complessiva “carriera biografica in relazione al HIV” a livello degli operatori

Ysc: peso della configurazione complessiva “carriera biografica in relazione al HIV” a livello di “senso comune”

Yita: peso della configurazione complessiva “carriera biografica in relazione al HIV” a livello italiano

Tabella 41. La misura degli indicatori di “carriera biografica” a livello nazionale

Da una prima analisi dei dati, è possibile mettere in luce innanzitutto come tutti gli indicatori trasversalmente alle voci coinvolte, si collocano più vicini alla polarità della carriera biografica con un valore che, rispetto alla scala che va da 1 (biografia) a 10 (carriera biografica), mediamente si colloca al valore 7,2. Tale dato numerico offre contezza di come l'assetto discorsivo attuale sul territorio nazionale, sia caratterizzato da produzioni discorsive volte a mantenere lo status quo delle cose (ossia di Carriera Biografica) piuttosto che offrire delle possibilità di mutamento/cambiamento. In altri termini, la “realtà HIV”, come emerso dai risultati relativi all'analisi dei testi raccolti, assume contorni molto netti e ben definiti in riferimento a tutti gli aspetti rispetto ai quali interseca la traccia biografica trasformandola in Carriera Biografica: dalla descrizione di sé in differenti prospettive temporali, alla

narrazione che gli altri danno di sé, alla configurazione e gestione della “discriminazione”, per finire all’uso della normativa vigente.

Quanto illustrato ha come implicazione che chiunque contragga il virus dell’HIV, si inserisca all’interno di una traccia che, al momento attuale, offre possibilità assai limitate di uscire dai confini che si sono definiti, e storicamente sedimentati, entro la matrice storico e socio-culturale di riferimento. A fronte di un quadro così definito, gli attori della comunità coinvolti direttamente o indirettamente dalla questione oggetto di indagine, sono volti prevalentemente a mantenere e confermare una realtà riconosciuta come “discriminazione”, in quanto non si dà (ancora) la possibilità di offrire delle narrazioni differenti da quelle esistenti. Dopo una prima analisi globale dei risultati, entrando nel merito di alcune specificità, è possibile evidenziare come l’indicatore che si colloca maggiormente vicino alla carriera biografica sia quello relativo alla “gestione della discriminazione” (7,6); a seguire l’indicatore relativo alle “auto-attribuzioni” in particolare le auto-attribuzioni in prospettiva futura (7,4). Questo secondo ordine di analisi, pone in evidenza come l’aspetto che risulta maggiormente critico in riferimento alla “realtà HIV” sia proprio inerente l’individuazione di modalità di gestione di quanto viene rilevato come discriminazione. Come emerge anche dai dati testuali illustrati in precedenza, tale aspetto ha come implicazione quello di permeare la descrizione che le persone con HIV danno di sé, rispetto alla patologia stessa, ossia la difficoltà di gestione rilevata si riflette sulle possibilità di raccontarsi e di definirsi in relazione ad elementi che siano avulsi dalla condizione sanitaria; d’altro canto tali definizioni di sé concorrono, a loro volta, a generare e mantenere una realtà riconosciuta come “discriminazione”. In altri termini la configurazione rilevata si pone come blindata rispetto alla possibilità di cambiamento, tanto da chiudersi in una dimensione di Carriera Biografica, in misura ancora maggiore quando alle voci coinvolte si chiede di descriversi proiettandosi in una prospettiva futura.

Focalizzando ora l’attenzione sul concorso delle differenti voci implicate nella definizione dell’oggetto di indagine, emerge un terzo livello di analisi che è possibile offrire grazie ai dati ottenuti. In riferimento alle auto-attribuzioni future, la voce che risulta concorrere in misura maggiore ad un processo di Carriera Biografica è quella degli operatori dell’ambito socio-sanitario, seguiti dal nucleo affettivo e, a seguire, dalle stesse persone affette da HIV ed infine, per ultimo, dal senso comune; in riferimento invece alla gestione della discriminazione, la voce che si colloca maggiormente vicina alla polarità di Carriera Biografica risulta essere quella del senso comune, seguita dal nucleo affettivo, dalle persone con HIV ed infine dagli operatori socio-sanitari. I grafici che seguono illustrano quanto appena argomentato in riferimento alle percentuali di Repertori Discorsivi utilizzati rispetto alle classi in cui gli stessi si suddividono, ossia mantenimento, ibridi e generativi.

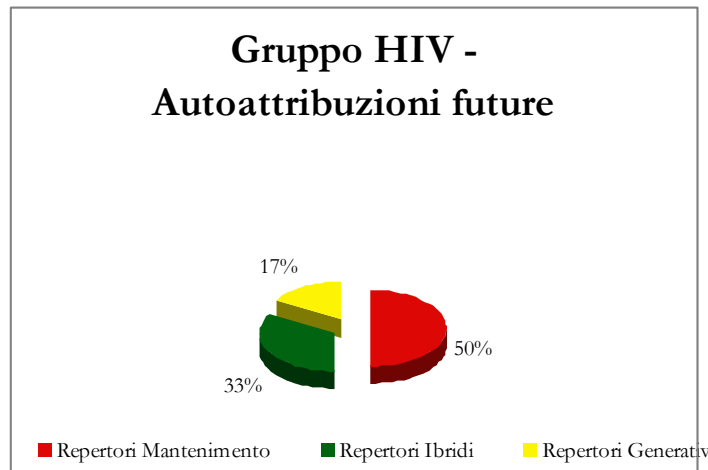


Grafico 65. Il grafico rappresenta le percentuali dei repertori individuati, inerenti al gruppo HIV, rispetto alle autoattribuzioni future.



Grafico 66. Il grafico rappresenta le percentuali dei repertori individuati, inerenti al gruppo Nucleo Affettivo, rispetto alle autoattribuzioni future.

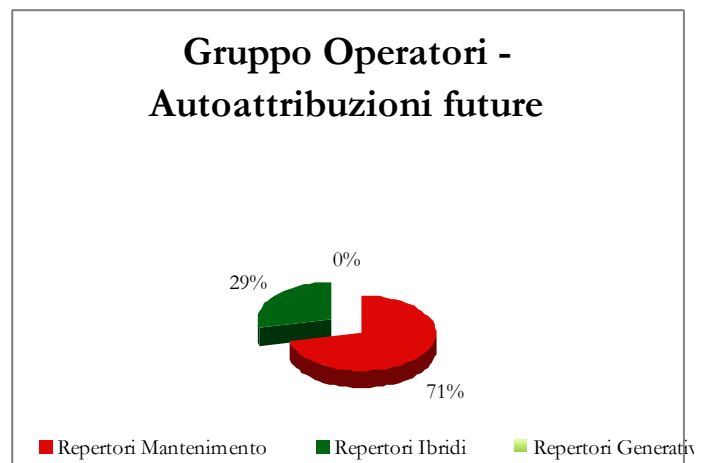


Grafico 67. Il grafico rappresenta le percentuali dei repertori individuati, inerenti al gruppo Operatori, rispetto alle autoattribuzioni future.

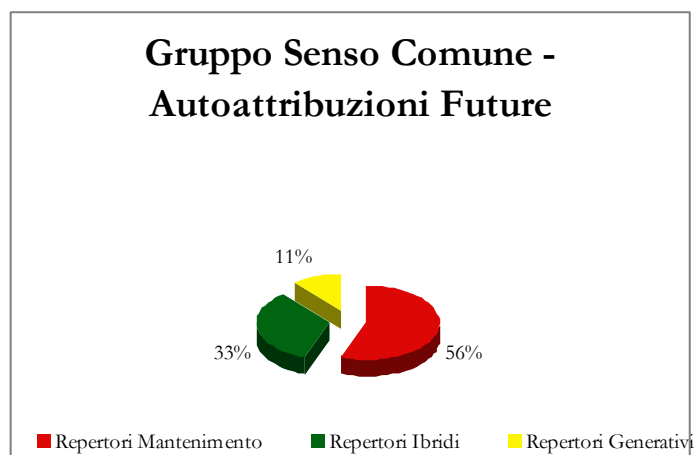


Grafico 68. Il grafico rappresenta le percentuali dei repertori individuati, inerenti al gruppo Senso Comune, rispetto alle autoattribuzioni future.

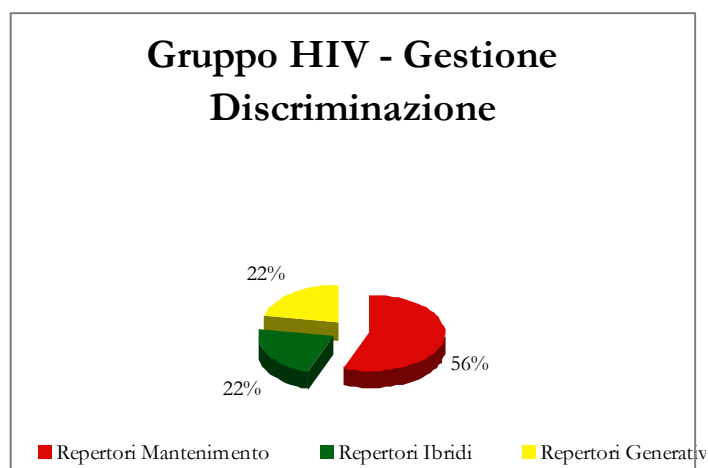


Grafico 69. Il grafico rappresenta le percentuali dei repertori individuati, inerenti al gruppo HIV, rispetto alla Gestione della Discriminazione.

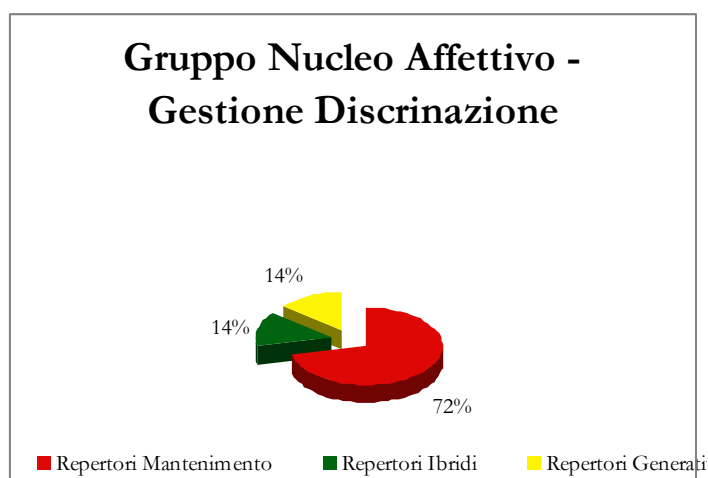


Grafico 70. Il grafico rappresenta le percentuali dei repertori individuati, inerenti al gruppo Nucleo Affettivo, rispetto alla Gestione della Discriminazione.

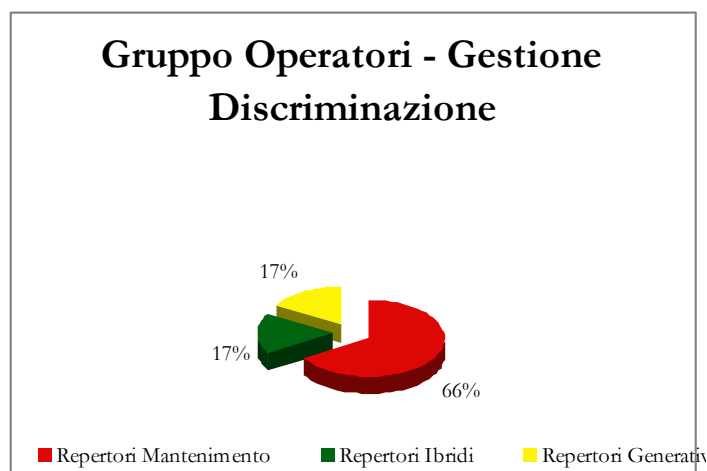


Grafico 71. Il grafico rappresenta le percentuali dei repertori individuati, inerenti al gruppo Operatori, rispetto alla Gestione della Discriminazione.

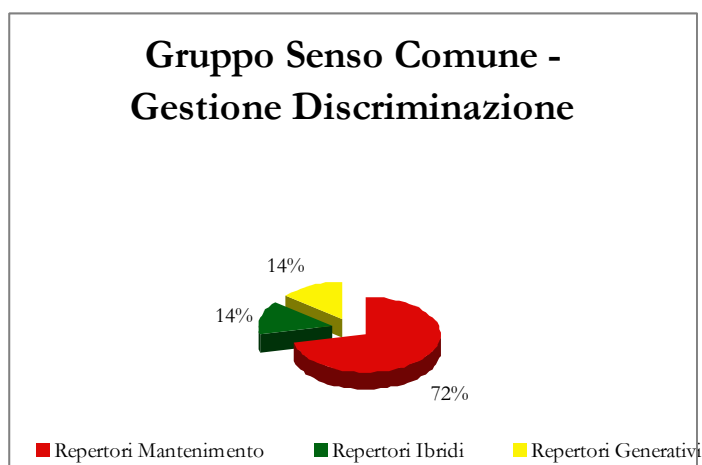


Grafico 72. Il grafico rappresenta le percentuali dei repertori individuati, inerenti al gruppo Senso comune, rispetto alla Gestione della Discriminazione.

Quanto emerso in relazione ai pesi dialogici delle configurazioni relative agli indicatori, alle percentuali di classi di repertori utilizzati e agli specifici repertori e contenuti messi in campo dalle voci coinvolte, consente di mettere in luce come gli operatori, sia dell'ambito sanitario che sociale, concorrano in misura maggiore rispetto agli altri ruoli alla generazione di "teorie sulla malattia", proprio in quanto voce legittimata a definire scientificamente l'oggetto di indagine. Inoltre la misura relativa alle auto attribuzioni in prospettiva futura rende conto di come gli operatori si pongano in un assetto tale da confermare, e quindi mantenere, tali "teorie", per cui "le cose non potranno che essere così come sono state definite".

In riferimento all'indicatore della gestione della discriminazione, emerge invece, come siano coloro che non vivono direttamente la questione, a configurare come più critica la gestione stessa, seguiti da coloro che per ruolo istituzionale (operatori) o a livello informale (nucleo affettivo) sono chiamati a coadiuvare le persone che si trovano nella specifica condizione sanitaria. Coloro che invece vivono tale condizione direttamente in quanto persone con HIV, si distanziano maggiormente dalle altre voci evidenziando

come, quanto più ci si distanzi dalla gestione quotidiana della questione, tanto più le teorie diventino pervasive, configurando la realtà in termini critici, e dunque tendenzialmente imm modificabili. In merito a tale aspetto si può considerare *in primis* quanto emerso dall'analisi della letteratura¹³. I risultati hanno messo in luce infatti il ruolo che gli esperti, in particolare dell'ambito bio-psico-sociale, hanno avuto storicamente nella nascita delle "teorie sulla malattia" tra le quali quelle inerenti l' "impatto psicologico" della diagnosi sulla persona. Come illustrato in precedenza, le produzioni discorsive rilevate rispetto all'area di settore afferente al modello bio-psico-sociale, sono volte infatti a stabilire aprioristicamente come la comunicazione dell'infezione rappresenti un evento tale da avere ripercussioni su tutti gli aspetti della traccia biografica. In termini esemplificativi lo stralcio di testo che segue rende conto di tale aspetto: (*"la convivenza con la sieropositività obbliga a mettere in discussione ogni certezza dell' esistenza: le relazioni affettive, la sessualità, il lavoro, il futuro. Ogni persona sieropositiva deve trovare un nuovo equilibrio attraverso un lento e faticoso processo in cui momenti di serenità, di tristezza e di disperazione si alternano in tempi lunghissimi o nella stessa giornata"*). Emerge in maniera chiara quindi come le teorie di senso comune praticate dagli esperti, individuino dei legami di causa-effetto, tra la particolare condizione sanitaria dell'HIV ed aspetti che si inscrivono entro un piano altro da quello degli enti empirico-fattuali, ossia entro il piano della salute. L'aspetto maggiormente critico, come sottolineato in precedenza, è relativo alla mancata esplicitazione dei presupposti teorici che consentono di effettuare tali collegamenti, ossia non si ravvisano porzioni di testo in cui si espliciti in virtù di quale teoria scientifica si sostiene che alla condizione sanitaria in oggetto, si possano collegare altri aspetti, tra cui quelli psicologici riportati. La mancata esplicitazione di tali presupposti, ha come implicazione quella di considerare ciò che pertiene la salute alla stregua di un ente fattuale e che pertanto ciascun esperto possa definire la salute stessa a prescindere dalle categorie utilizzate, bensì in virtù delle teorie personali, e dunque di senso comune, di riferimento. Muovendosi in virtù di teorie personali, è possibile considerare come gli esperti cercheranno quindi quegli elementi volti a confermare la teoria stessa, non disponendo di un riferimento terzo che consenta loro di agire in maniera adeguata e pertinente all'oggetto di indagine. Inoltre le produzioni discorsive dell'esperto hanno anche un riverbero maggiore, infatti si depositano a livello di matrice collettiva, ossia diventano disponibili sia a coloro che vengono a conoscenza di aver contratto il virus, sia a coloro che non incorrono in tale evento. Essendo la voce degli esperti, la voce maggiormente legittimata a definire l'oggetto di indagine, e quindi la voce maggiormente pervasiva, è possibile considerare che il senso comune possa assumere come proprie le produzioni discorsive che configurano la gestione della condizione sanitaria dell'HIV come una condizione non gestibile. Allo stesso modo, quanto offerto, rende conto di come, in generale, tutte le voci coinvolte, si collochino maggiormente vicine ad una polarità della Carriera Biografica che ad una polarità della Biografia.

¹³ Rispetto ai risultati della fase di analisi della letteratura si rimanda al quarto capitolo del report finale.

Entrando quindi maggiormente nel merito delle produzioni discorsive rilevate in riferimento alle voci coinvolte e agli indicatori teorici definiti, è possibile descrivere, in termini di considerazioni conclusive, come gli stessi vadano a collocarsi nelle posizioni illustrate nella tabella sopra riportata (tabella 41).

Per quanto concerne l'indicatore *auto-attribuzioni in prospettiva passata*, è emerso come le produzioni discorsive, ed i contenuti da queste veicolati, trovino una coincidenza totale in riferimento al gruppo persone con HIV e "nucleo affettivo". Nello specifico, la produzione discorsiva impiegata prevalentemente, è volta a stabilire in maniera certa ed incontrovertibile (vedi uso del "Repertorio del sancire la realtà"), una descrizione di sé rispetto al momento antecedente la diagnosi, in termini di "immunità" dal virus e di "normalità"; al contempo, le voci coinvolte configurano la condizione sanitaria in cui sono incorse mediante un linguaggio metaforico che rende contezza della frattura biografica che l'HIV rappresenta, per le tracce biografiche che intercettano tale evento: si trovano infatti espressioni quali "taglio netto", "vortice", "fulmine a ciel sereno". Su tali produzioni discorsive si innesta la connotazione morale negativa (Repertorio del giudizio) in relazione a quelle condotte cui viene fatto ricondurre il contagio ("tossicodipendente", "omosessuale", "donnaiolo"). Se discorsivamente diviene possibile definirsi "immuni" al virus, pur non essendo a disposizione un vaccino, diviene altrettanto possibile definirsi immuni pur dichiarando al contempo di aver avuto delle condotte a rischio (Repertorio della contrapposizione). Allo stesso modo la condizione sanitaria è contrapposta alla possibilità di avere una "vita normale", tanto da divenire lo spartiacque biografico, rispetto al quale si opera un continuo confronto tra la situazione precedente il momento della diagnosi e quella successiva (Repertorio del confronto). Il concorso che l'interazione dei Repertori discorsivi illustrati comporta nell'intercettare il processo biografico della persona nel momento in cui "si sa di essere affetto dal virus", comporta che le condizioni in cui può verificarsi la trasmissione del virus non risultino più vincolate al piano squisitamente biologico, bensì siano attribuite alle caratteristiche delle persone, diventando così ad appannaggio di determinate "categorie a rischio". L'HIV assurge quindi ad elemento di un impatto trasformativo tale per la traccia biografica che, pur collocando i rispondenti nella prospettiva temporale antecedente la diagnosi, gli stessi vi fanno costante riferimento per descriversi.

Rispetto al gruppo di intervistati denominato del "senso comune", è stato possibile mettere in luce come si stabilisca, da un lato l'"immunità" (Repertorio del sancire la realtà), come per i gruppi HIV e nucleo affettivo; dall'altro la descrizione di sé verta sulle "leggerezze" e sulla "spensieratezza", in contrapposizione ai contenuti di "malattia" e "sofferenza", portati in seguito rispetto alle altre prospettive temporali e quindi successive al momento della diagnosi. Anche rispetto al senso comune pertanto il riferimento per la descrizione di sé rimane l'evento HIV al momento della diagnosi. Gli operatori socio-sanitari, infine, offrono una descrizione in prospettiva passata che porta come elementi

certi, un passato caratterizzato da “disagio sociale”, “rapporti sessuali promiscui” e “tossicodipendenza”, creando un supposto e infondato legame deterministico tra alcuni comportamenti che deviano dalla “norma”, e la contrazione del virus (Repertorio della causa). Infatti gli operatori portano la “mancanza di educazione” a motivo della patologia in cui si è incorsi e la situazione sanitaria come causa di sentimenti di “angoscia per l’irreversibilità della situazione stessa”. La patologia così configurata diviene, anche rispetto agli operatori, lo spartiacque biografico rispetto al quale operare confronti tra quanto era possibile fare prima e quanto successivamente alla diagnosi (Repertorio del confronto). E’ possibile considerare alla luce di ciò, come le produzioni discorsive degli operatori fungano da veicolo per quelle “teorie sulla malattia” che generano e consolidano relazioni di causa-effetto tra aspetti che appartengono a piani differenti del discorso, ossia al piano sanitario e al piano delle interazioni sociali, al piano biologico e al piano biografico.

Infatti, come emerso dai risultati dell’analisi della letteratura di settore in ambito bio-psico-sociale, gli esperti, configurando la “realtà HIV” sullo stesso piano di quello entro cui si colloca il virus, ossia sul piano della realtà fattuale, hanno generato, storicamente, i cosiddetti “comportamenti a rischio”. Mediante un processo di astrazione categoriale, a partire dai comportamenti a rischio, gli esperti hanno potuto quindi identificare i cosiddetti “soggetti a rischio”, in quanto gli stessi si esauriscono all’interno dell’etichetta loro attribuita. Le implicazioni di tale passaggio sono relative alla possibilità di ricondurre le modalità di trasmissione del virus, e quindi le possibilità di contagio, alle “caratteristiche personali” piuttosto che alle condizioni in cui il contagio può verificarsi. Tale possibilità, generata dagli esperti, come illustrato in più occasioni nel corso della ricerca, diviene disponibile a tutta la Comunità (come emerso dall’analisi dei dati testuali raccolti mediante i protocolli di ricerca).

Anche in riferimento alle *auto-attribuzioni in prospettiva attuale*, si assiste ad una totale sovrapposizione delle produzioni discorsive impiegate da tutte le voci coinvolte. In particolare, la descrizione di sé rispetto al presente, verte su un unico possibile scenario di “lotta contro la malattia” e di “discriminazione” ed “evitamento per paura del contagio”, senza dunque contemplare possibilità differenti di percorso biografico (Repertori del sancire la realtà). Gli operatori aggiungono inoltre, alla configurazione così definita, l’elemento inerente l’ “auto-isolamento”, rendendo disponibile/fruibile tale possibilità narrativa anche a coloro che hanno contratto il virus. In altri termini coloro che sono riconosciuti come esperti dalla Comunità, pongono un collegamento tra la condizione sanitaria e la possibilità che una persona si isoli a fronte della stessa, a prescindere dall’esplicitazione dei presupposti teorici che consentono di effettuare tale collegamento, e dunque squisitamente sul piano “affermo che è così”. Tale relazione viene, pertanto, assunta quale dato di fatto, in termini di causa-effetto, e come tale diventa immediatamente disponibile anche a coloro cui viene comunicata la diagnosi di infezione. Ossia, chiunque contragga il virus, è nelle condizioni di produrre un racconto di sé che contempli l’aspetto della restrizione delle relazioni sociali a fronte della diagnosi ricevuta. La “blindatura” cui

concorrono tutte le voci a partire da quanto messo a disposizione degli operatori, consente dunque di stabilire legami di causa-effetto tra la condizione sanitaria ed aspetti che pertengono ad un piano altro da quello sanitario, quali la “depressione”, l’“ansia”, ed il “condizionamento di tutti gli aspetti di vita”. Stabilendo legami di causa effetto, le possibilità future si restringono all’unico scenario che può essere previsto a fronte di quanto è stato definito in termini di causa, prefigurando “vissuti di sofferenza” e “difficoltà a condurre una vita normale” (Repertorio della previsione). La condizione sanitaria può quindi essere contrapposta a qualsiasi aspetto di vita, in maniera tale per cui la persona può raccontarsi “come una persona normale ma comunque sempre sieropositiva” (Repertorio della contrapposizione). Lo stabilire inoltre, in relazione al presente, una realtà di discriminazione data come certa ed assodata, consente di giustificare le difficoltà incontrate in relazione alla “paura del giudizio altrui”, e concorre al processo di auto attribuzione morale in termini negativi, ossia come persona che “ha sbagliato tutto” (Repertorio del giudizio). Pertanto, la persona con HIV, non può che essere descritta in riferimento a quanto deve o non deve fare in relazione alla patologia in cui è incorsa (Repertorio della prescrizione). Il quadro delineato si fa, ancor più stringente, in relazione alle **auto-attribuzioni in prospettiva futura** rispetto alle quali si stabilisce un’ “assenza di futuro e di progettualità” ed una realtà di “evitamento” da parte degli altri, a cui si lega la possibilità di contrapporre la contrazione del virus, alla possibilità di avere “una vita normale”. Su tali produzioni discorsive, si innesta il nucleo tematico della “comunicazione della patologia”, che assurge ad elemento cardine rispetto alla possibilità di definirsi in futuro, e risulta trasversale ai differenti processi impiegati. Nello specifico, sia le persone con HIV ed il nucleo affettivo, prefigurano come scenario certo, la non comunicazione della patologia (Repertorio del sancire la realtà), e portano a motivo di tale decisione, la “paura di essere discriminati” (Repertorio della giustificazione). A fronte del quadro così delineato, non rimane che la speranza della scoperta di un vaccino, di nuove cure che consentano una guarigione (Repertorio dell’opinione personale). Gli operatori dal canto loro, sanciscono la “descrizione di sé di chi ha contratto il virus”, in termini futuri, permeata dall’ “essere un sieropositivo” e dall’ “essere una persona diversa”, prefigurando come unico scenario possibile, quello di avere un “pensiero costante sulla sieropositività” (Repertorio della previsione). In maniera peculiare, inoltre, gli operatori contrappongono la condizione sanitaria alla possibilità di fare le stesse cose che si facevano prima della diagnosi, e contrappongono allo stare bene sul piano sanitario e alle minori preoccupazioni per le implicazioni sanitarie, la difficoltà che permane sul piano relazionale (Repertorio della contrapposizione). Emerge quindi in maniera chiara, a carico degli operatori, come si attui una commistione di piani inconciliabili tra di loro, ossia il piano sanitario che risulta pertinente quando l’oggetto di indagine è l’organismo biologicamente inteso; ed il piano della salute che riguarda tutto ciò che “si racconta” in merito alla patologia e che diviene “realtà” nei suoi effetti pragmatici. Anche in prospettiva futura pertanto, il perno attorno al quale ruotano le possibilità di definirsi, da quanto offerto dagli operatori, fa riferimento alla contrazione del virus e consente di

delineare un “prima” ed un “dopo”, anche in prospettiva futura; a fronte di una configurazione così fortemente caratterizzata, il focus è pertanto sulle azioni che la persona è tenuta, e sarà sempre tenuta, a fare in virtù della condizione sanitaria che la caratterizza (Repertorio della prescrizione).

E' possibile evidenziare come trasversalmente alle voci coinvolte, in relazione alle auto attribuzioni passate ed attuali, vi sia la possibilità di attenersi ad un piano descrittivo, ossia di offrire degli elementi avulsi da interpretazioni personali e fondati su riscontri scientifici, a partire dai quali promuovere un percorso che mantenga una tensione verso la biografia.

In riferimento invece alle auto attribuzioni future delle persone con HIV, il gruppo degli operatori non contempla alcuno spazio di apertura in relazione alla configurazione così definita, stabilendo un futuro caratterizzato dalla patologia, le cui implicazioni, sul piano interattivo, sono tali da soverchiare gli stessi progressi che si possono ottenere/ottengono nel campo della medicina. Gli unici progressi che diventano infatti auspicabili, fanno riferimento ad una guarigione totale, mentre i progressi di altro tipo, pur facilitando la gestione della patologia, non sono sufficienti a scardinare il fatto di “rimanere comunque una persona sieropositiva”. Quanto tratteggiato pone, pertanto, in evidenza un processo di deresponsabilizzazione in atto, ossia le produzioni discorsive impiegate rendono conto di come non ci si stia prendendo carico degli aspetti che riguardano la propria vita, delegando alla comunità scientifica la possibilità di definirsi “in salute”, al di là del quadro sanitario in cui ci si trova. In riferimento all'indicatore delle auto attribuzioni ed in particolare alla voce degli operatori, emerge quella che risulta essere una traccia predeterminata, tale per cui il passato viene rivisto come causa della condizione presente, e a partire dal presente è possibile prevedere in maniera certa come sarà il futuro. A partire dalla condizione sanitaria presente è possibile pertanto prefigurare come inevitabili, aspetti di “angoscia”, “ansia”, “depressione”, “isolamento”, in quanto aspetti che risultano coerenti con le teorie di senso comune praticate dagli operatori.

Anche per quanto concerne l'indicatore delle *etero attribuzioni*, si assiste ad una sovrapposizione tra le modalità discorsive impiegate dai gruppi coinvolti nella ricerca, rendendo conto di come si sia generata storicamente una **commistione tra senso scientifico e senso comune** che non mette nelle condizioni l'esperto di poter intervenire con efficacia. Le persone con HIV ed il nucleo affettivo, stabiliscono che la gente comune e gli operatori dell'ambito socio-sanitario, offrirebbero una descrizione delle persone con HIV in termini di connotazione morale negativa, ossia come persone che “se la è cercata” o che “ha sbagliato” (Repertorio del giudizio). In riferimento alla gente comune, i rispondenti contrappongono, inoltre, l' “essere comunque un malato” al “non avere segni visibili”, sottolineando come il senso comune cerchi l'ancoraggio ad un dato percettivo, ma come invece la comunicazione di sieropositività all'HIV, assuma una valenza superiore all'assenza di riscontro percettivo. Infine rispetto agli operatori, i rispondenti contrappongono alla “malattia” l' “essere una

persona normale”, sancendo allo stesso tempo come la patologia diventi elemento di discriminazione tra la possibilità di essere definiti normali e non, da parte degli operatori.

Il gruppo definito di “senso comune” e gli operatori dal canto loro, offrono una narrazione delle persone con HIV, stabilendo come sia possibile individuare le cause della condizione sanitaria in caratteristiche personali o condotte devianti (Repertorio della causa). In maniera peculiare, inoltre, gli operatori stabiliscono che le persone con HIV siano “persone da seguire sia medicalmente che psicologicamente”, stabilendo quindi al contempo che la patologia comporti inevitabilmente delle conseguenze su piani altri da quello organico e tali da richiedere necessariamente il ricorso ad un esperto. E' possibile evidenziare, pertanto, come l'esperto stesso, concorra a generare e mantenere un assetto tale per cui coloro che contraggono il virus si inscrivano in un percorso che non possa definirsi in salute, a prescindere dal piano sanitario.

Definita in maniera netta ed immodificabile, si presenta anche la configurazione relativa all'*indicatore “discriminazione”* che vede, come per i precedenti, una coincidenza in termini di produzioni discorsive impiegate e di contenuti veicolati tra i gruppi oggetto di indagine.

Nello specifico le voci coinvolte definiscono la discriminazione in termini di “rifiuto”, “isolamento”, “paura del contagio”, “paura del contatto fisico”, “guardare male”, “utilizzo di bicchieri e posate di plastica”, fino allo stesso “stare a tavola”, e riconducono tali aspetti a tutti gli ambiti di vita: dal bar, al lavoro, alla famiglia, alla scuola, ai mezzi pubblici ed in particolare alle cure mediche e all'ambito ospedaliero (Repertorio del sancire la realtà). Ossia la discriminazione riferita alla condizione sanitaria dell'HIV, viene rilevata dalle voci coinvolte, come trasversale non solo ai vari ambiti di vita quotidiana, ma anche ai vari attori sociali con cui le persone con HIV si trovano ad interloquire, coinvolgendo pertanto i familiari, i medici ed infermieri, gli esercenti, gli amici, i colleghi e datori di lavoro, gli insegnanti ed in generale la gente comune. In una configurazione così definita, la “comunicazione della patologia” assurge pertanto a spartiacque biografico, rispetto alla possibilità di incorrere in comportamenti discriminatori in qualsiasi ambito di vita. Come in più occasioni è evidenziato nel presente lavoro, tutte le voci coinvolte, compresi gli operatori dell'ambito socio-sanitario stesso, fanno riferimento a comportamenti di discriminazione collegati all'ambito ospedaliero. Aspetto questo che ha forti implicazioni e che è di forte “peso”, in quanto è in riferimento al personale sanitario, che per percorso formativo risulta essere il detentore delle informazioni scientifiche inerenti le modalità con cui può avvenire il contagio. Tale aspetto rende conto, pertanto, di come la **diffusione delle informazioni** inerenti il virus e la patologia, non sia stata in grado ad oggi di modificare un assetto tale per cui diviene possibile parlare di “discriminazione” trasversalmente a tutti gli ambiti e gli attori sociali, caratterizzando la condizione sanitaria HIV come evento che permea la quasi totalità delle sfaccettature di una traccia biografica. L'implicazione pragmatica di quanto posto, è la possibilità di giustificarsi e giustificare il comportamento altrui, in riferimento alla “mancanza di informazioni corrette”,

concorrendo al mantenimento dello status quo delle cose; altresì, si dà la possibilità di giustificarsi in riferimento alla non comunicazione della propria e altrui condizione sanitaria, adducendo la paura di incorrere in quegli atti discriminatori ritenuti scontati ed inevitabili.

Quanto illustrato si riflette sulla configurazione relativa all'*indicatore "gestione discriminazione"*, presentandosi ancor più chiusa e statica delle configurazioni precedenti. Se la discriminazione è configurata in termini così pervasivi, non è possibile contemplare delle modalità che siano effettivamente volte ad un modo che si ritiene più utile rispetto alla propria traccia biografica. Le possibilità di gestione vengono, infatti, perlopiù ricondotte alle caratteristiche personali sia delle persone con HIV, che di coloro che discriminano, e si esauriscono, da un lato nell' "accettazione-rassegnazione" dell'accaduto, dall'altro nell' "aggressività-denuncia" a fronte appunto delle "caratteristiche di personalità" degli attori coinvolti (Repertorio del sancire la realtà). Nel momento in cui la gestione viene riferita a tali aspetti, non si dà altra possibilità che il comportarsi coerentemente con l'idea che ciascuno ha di sé in termini di "debolezza" o di "forza di reagire" (Repertorio del giudizio). Il "senso comune" inoltre riporta come unica modalità di gestione il non compiere quegli atti che potrebbero offrire l'occasione ad altri di discriminare, come "il non passare la bottiglia di acqua da cui ha bevuto", sancendo quindi l'impossibilità di entrare in qualche modo in dialogo con l'altro interlocutore. In maniera peculiare il "senso comune" e gli operatori dell'ambito socio-sanitario, rispetto agli altri gruppi, ricorrono ad un impiego del linguaggio volto a prefigurare il futuro in maniera certa, stabilendo scenari di "rassegnazione", "depressione", "chiusura" e "stress", non contemplando pertanto alcuno spazio di azione possibile (Repertorio della previsione). Gli operatori contrappongono infatti all'intento di dialogo o all'intento di denuncia da parte della persona con HIV stessa, la possibilità che la persona o "subisca e basta in quanto non sarebbe tutelata la sua privacy", o l' "assenza di maturità da parte della società", decretando una sorta di "paralisi". La paura di essere discriminati assurge quindi a motivo della non comunicazione della patologia trasversalmente a tutte le voci coinvolte, blindando quindi ancora una volta l'aspetto della comunicazione della patologia all'unico scenario possibile di discriminazione. Risulta rilevante sottolineare a tal proposito, come gli operatori ricorrono alle medesime modalità utilizzate dal senso comune. Ossia, rispetto a coloro che per ruolo sono chiamati ad offrire un coadiuvo alla gestione di quanto le persone con HIV rilevano come critico, non si ravvisa il ricorso a strumenti differenti da quelli della gente comune, in quanto la gestione viene configurata in virtù delle teorie personali praticate. E' proprio in virtù di tali teorie che diviene possibile, al contempo, sia prescrivere di "non comunicare la patologia", sia prescrivere la necessità di "comunicare apertamente" la stessa "in modo da non nascondere nulla di sé" (Repertorio della prescrizione). Come già evidenziato, l'aspetto critico di quanto offerto, è inerente lo stabilire aprioristicamente che cosa sia necessario o meno fare in maniera disgiunta dalla valutazione della situazione in cui si inserisce l'evento "diagnosi" nella traccia

biografica della persona. Non si dà, cioè, la possibilità di utilizzare quanto accade come occasione per generare un cambiamento che abbia un riverbero poi, non solo rispetto alla vita della persona con HIV, bensì anche rispetto all'intera comunità; laddove, il mantenere la questione in termini di comunicazione-non comunicazione, non offre alcun elemento discrasico rispetto alla configurazione che si è consolidata nel tempo. Allo stesso modo il prescrivere e quindi sancire come unica possibilità di gestione quella di "rivolgersi agli enti competenti", mette in luce un processo di delega a terzi che non pone la comunità nelle condizioni di prendersi in carico gli aspetti critici che la riguardano e che essa stessa genera.

La medesima considerazione viene offerta in riferimento all'*indicatore "normativa"*, ossia in relazione a come i diritti che la normativa vigente contempla, siano sanciti come inviolabili ed indispensabili a prescindere dalla valutazione degli elementi contestuali (Repertorio del sancire la realtà). Le produzioni discorsive prevalenti, non riportano, dunque, quanto contemplato dalla normativa in termini descrittivi, bensì offrono un giudizio rispetto agli stessi (Repertorio del giudizio). Le voci coinvolte stabiliscono il diritto a "non essere discriminati", stabilendo al contempo che la discriminazione c'è e che pertanto l'unico modo per gestirla è quello di potersi avvalere della legge. Il collocarsi rispetto alla normativa come l'unica possibilità di gestione prospettata, fa sì che i rispondenti riconducano gli aspetti critici che continuano a rilevare alla mancata applicazione degli stessi, per cui i "diritti ci sono ma non vengono applicati" (Repertorio della contrapposizione). I diritti, inoltre, sono configurati in relazione alla possibilità di essere considerati una "persona normale" per cui la possibilità di definirsi tali è delegata all'esistenza di diritti specifici per le persone che si trovano in tale condizione sanitaria. Tuttavia la configurazione emersa in riferimento alla normativa, è la configurazione in cui in misura maggiore rispetto alle precedenti, si dà la possibilità di impiegare anche modalità generative, nei termini di mantenersi ad un livello descrittivo, riportando quanto contemplato dalla normativa senza interpretazioni personali (Repertorio della descrizione). Tale impiego del linguaggio ordinario è trasversale a tutte le voci coinvolte, e porta a considerare come, nel momento in cui il rispondente sia collocato rispetto ad un riferimento terzo, quale appunto quello rappresentato dalla voce della normativa, la possibilità di mantenersi ad un piano descrittivo sia più ampia rispetto a quando la richiesta è quella di descriversi come persona con HIV.

Alla luce di quanto argomentato in merito ai cinque indicatori di stigma definiti, è stato dunque possibile tratteggiare quella coerenza narrativa che consente di tenere insieme tutte le produzioni discorsive rilevate, in maniera tale da mantenere la configurazione statica ed immutabile. Tale coerenza, può essere riassunta nei seguenti termini: *l'HIV è sancito come una frattura biografica di impatto tale da far sì che la persona che lo ha contratto diventi la "persona sieropositiva", racchiusa in una traccia predeterminata tale per cui*

si trova in tale condizione sanitaria per determinate “caratteristiche di personalità storicamente prederminate e date” e a fronte della condizione sanitaria attuale, incorrerà necessariamente in una serie di aspetti che pertengono ad un piano che va oltre (ossia altro) da quello sanitario.

In conclusione della ricerca, è possibile asserire come l'aspetto critico su cui vi è *in primis* la necessità di intervenire, è relativo proprio alle produzioni discorsive veicolate dagli esperti. La ricerca infatti, sia in riferimento all'analisi della letteratura che in riferimento all'analisi del testo raccolto con il protocollo somministrato agli operatori dell'ambito socio-sanitario, ha evidenziato il riferimento a “teorie sulla malattia” (dunque di puro senso comune) da parte degli operatori stessi. Differentemente da quanto emerso rispetto all'analisi della letteratura, tali teorie sono veicolate sia dagli operatori che afferiscono al modello medico che dagli operatori che afferiscono ad un modello bio-psico-sociale. Quanto posto rende conto di come, nel momento in cui gli operatori dell'ambito sanitario sono collocati rispetto al piano organico, e quindi chiamati ad elaborare una produzione che si basi su presupposti scientifici inerente tali aspetti, gli stessi si mantengano ad un piano descrittivo; viceversa laddove gli operatori sono collocati sul piano interattivo, e quindi della gestione delle relazioni con i loro interlocutori, utilizzino le teorie a disposizione del senso comune, e dunque senza alcun presupposto scientifico, e quindi accessibili a chiunque. Nello specifico la ricerca descrive il processo mediante il quale gli esperti, a prescindere dall'esplicitazione dei presupposti teorici di riferimento, stabiliscono una relazione tra il piano sanitario di pertinenza del virus dell'HIV ed “aspetti psicologici”, che appartengono invece al piano della “salute”, ossia al piano di come la comunità costruisce discorsivamente la realtà. La mancata esplicitazione dei presupposti teorici di riferimento, ha come implicazione quella di considerare la “salute” alla stregua di un ente fattuale, stabilendo in tal modo dei legami causa-effetto tra la condizione sanitaria ed aspetti che appartengono ad un piano “altro”, non confrontabile con quello entro cui si colloca la condizione sanitaria. Tale operazione risulta essere pertanto epistemologicamente infondata, non trovando collocazione entro il piano del senso scientifico, bensì entro il piano del senso comune. Se il senso comune infatti manifesta auto-referenzialità nella propria legittimazione, ovvero si auto-legittima a prescindere dal fondamento delle sue affermazioni (e dunque dall'esplicitazione delle categorie conoscitive messe in campo), il discorso scientifico, per essere definito tale, deve essere passibile sia di condivisione all'interno di un ambito disciplinare, sia di valutazione. Tale condizione viene assolta nel momento in cui vengono esplicitati i presupposti conoscitivi e tutti i passaggi argomentativi che consentono di generare il conosciuto.

E' stato messo in luce nella presentazione dei risultati, come gli operatori da un lato stabiliscono legami di causa effetto tra le caratteristiche di personalità, precursori storici, e la contrazione del virus, generando quelle che sono poi riconosciute dalla comunità stessa come “categorie a rischio”; dall'altro stabiliscono una relazione di causa effetto tra la comunicazione della diagnosi ed aspetti quali “ansia”, “depressione”, “angoscia”, “evitamento”. In termini di ricadute pragmatiche, è stato evidenziato come

da un lato ciò non consenta di responsabilizzare la comunità tutta in merito alle possibilità di incorrere nella condizione sanitaria in oggetto, in quanto considerata ad appannaggio di “alcune specifiche persone” che appartengono a altrettanto specifiche categorie; dall’altro lato, nel momento in cui la traccia biografica incorre in tale evento, le produzioni discorsive disponibili entro l’attuale matrice socio-culturale, consentono di prefigurare una serie di scenari come inevitabili, e al di fuori della possibilità di gestione. In altri termini la comunicazione dell’infezione può rappresentare un evento in grado di incidere in maniera rilevante sulla biografia di una persona, in quanto può rappresentare un’occasione di generazione di “teorie sulla malattia” tale da far sì che la traccia biografica ruoti prevalentemente attorno alla patologia. L’insieme di questi aspetti è il processo che è stato riassunto nei termini di passaggio dalla sieropositività alla “persona sieropositiva” e che ha generato (e continua a generare) la realtà ascrivibile ad una configurazione di “stigma” nella misura nazionale in precedenza illustrata.

Quanto argomentato rende conto dell’inefficacia degli interventi ad oggi portati avanti su due livelli, entrambi riconducibili alla collocazione dell’oggetto di indagine entro il piano della realtà fattuale e quindi all’attestarsi da parte degli esperti alla funzione del linguaggio come mera trasmissione di informazioni anziché come configuratore di realtà. Da un lato infatti le campagne di prevenzione, attestandosi ad un obiettivo di informazione, partono dal presupposto che l’informazione veicolata si trasformi immediatamente in comportamento. Muovendosi a livello di realismo concettuale, è possibile considerare come il mettere in atto “comportamenti a rischio” di infezione, risulti incoerente con le informazioni possedute solo sul piano logico, mentre sul piano discorsivo siano entrambi contemplati come possibilità narrativa entro una medesima configurazione di realtà. Tant’è che, come rilevato, rispetto all’indicatore delle auto attribuzioni in prospettiva passata, le persone con HIV si definiscono “immuni”, pur dichiarando l’assunzione di “comportamenti a rischio”. Dall’altro lato, gli interventi su coloro che hanno contratto il virus in termini di coadiuvo alla gestione della condizione sanitaria, risultano inefficaci in quanto, gli operatori, in virtù di teorie personali non esplicitate, veicolano le stesse “teorie sulla malattia” rispetto alle quali si propongono di intervenire.

Alla luce di ciò, il **primo risvolto operativo** che è possibile evidenziare è la necessità di collocare l’oggetto di indagine entro il piano adeguato e pertinente, ossia il piano della realtà costruita discorsivamente (realismo concettuale¹⁴). Attestarsi a tale piano, consente agli esperti innanzitutto di attenersi ad un piano descrittivo e di non veicolare pertanto “teorie sulla malattia”, mediante la costruzione di legami causa-effetto tra piani fra loro inconciliabili. Agire in termini concettuali implica infatti in primo luogo, descrivere come si costruisce una realtà tale per cui è possibile compiere atti definibili in termini di “discriminazione”. In secondo luogo, muoversi entro tali riferimenti conoscitivi,

¹⁴ Si rimanda al primo capitolo del report finale.

consente di considerare il linguaggio non come mero veicolo di informazioni, ma come **configuratore di realtà**. Questo pone l'operatore nella condizione di anticipare le implicazioni pragmatiche rispetto alla traccia biografica di una persona, a partire dall'impiego di determinate produzioni discorsive piuttosto che altre, ponendo quindi le condizioni per intervenire in maniera efficace, in quanto l'intervento è volto alla modifica delle produzioni discorsive di coloro che sono oggetto dell'intervento. Pertanto, sia che si tratti del singolo, sia che si tratti della Comunità tutta, come nel caso delle campagne di informazione, quanto messo in campo può avere un impatto trasformativo assai basso rispetto alle produzioni discorsive impiegate e tali da mantenere un assetto discorsivo definito come "carriera biografica".

Di seguito si riassumono le produzioni discorsive messe in luce dalla ricerca, e rilevate come critiche in termini di mantenimento di un processo di carriera biografica, ed i risvolti operativi che è possibile delineare a partire dalle stesse.

- Utilizzo di produzioni discorsive che sanciscono, stabiliscono un legame causa-effetto tra la condizione sanitaria ed aspetti che non pertengono alla condizione sanitaria; che giustificano le condotte sulla scorta della condizione sanitaria ed usano tale condizione per contrapporla ad altri aspetti (Repertori del sancire la realtà, della causa, della previsione, della giustificazione, contrapposizione). Il risvolto pragmatico dell'utilizzo di tali produzioni discorsive è relativo alla costruzione di legami di causa-effetto tra elementi che appartengono a piani differenti (piano sanitario e piano della salute) e alla riduzione dello spazio di azione possibile, ossia gli attori si collocano in un ruolo passivo. Si delinea quindi un processo di deresponsabilizzazione in merito alla gestione delle situazioni ascrivibili ad una realtà di "discriminazione", per cui non si può che "accettare" o delegare a terzi la gestione "denunciando", ma in ciascuno dei casi non si apportano modifiche all'assetto attuale che si mantiene invece stabile. A partire da ciò si tratta pertanto di **promuovere un ruolo attivo, favorendo un processo di responsabilizzazione della comunità tutta** rispetto al farsi carico della propria salute, promuovendo competenze di anticipazione. Si tratta cioè di operare con tutti gli attori coinvolti, per la generazione di un ruolo altro da quello di "persona sieropositiva", che in quanto tale non può che incorrere in determinate situazioni. Coloro che hanno contratto il virus dell'HIV, e proprio in virtù di tale condizione, possono infatti generare occasioni di dialogo con la comunità e mettere a disposizione delle competenze acquisite in termini, ad esempio, di gestione della propria condizione.

- Utilizzo di produzioni discorsive che connotano moralmente o circoscrivono quanto posto alle teorie personali (Repertori discorsive del giudizio e dell'opinione personale). Il risvolto pragmatico dell'utilizzo di tali repertori è quello di concorrere a mantenere il passaggio dalla sieropositività al "sieropositivo", passaggio che ha poi implicazioni sia rispetto alle condotte di discriminazione sia rispetto ai dati epidemiologici inerenti la trasmissione del virus. E' a partire da tale passaggio infatti che si generano le cosiddette "categorie a rischio", per cui le modalità di trasmissione si svincolano dal piano sanitario, per essere attribuite alle caratteristiche delle persone e alla loro storia. Sulla scorta di ciò l'esigenza è dunque quella di **promuovere l'aderenza ad un piano descrittivo**. In questi termini è necessario quindi lavorare rispetto al come si veicolano tali informazioni e all'effetto che questo può generare in un determinato assetto storico e socio-culturale.

- Utilizzo di produzioni discorsive che confrontano un prima ed un dopo, e coloro che hanno l'HIV con coloro che non hanno il virus, e prescrivono cosa si deve, non si deve fare (Repertori discorsivi del confronto e della prescrizione). Ciò ha come effetto pragmatico che tutti possono entrare nel merito portando le proprie istanze a partire dalle teorie personali praticate e contribuendo a mantenere le differenze tra un "noi con HIV" e "gli altri senza HIV". In termini di risvolti operativi si tratta pertanto di **promuovere un riferimento terzo** che consenta di andare oltre tali differenze. Ossia si tratta di spostare il focus dalla particolare condizione sanitaria, ad aspetti di vita altri avulsi dalla patologia. In particolare rispetto al singolo, si tratta di promuovere un ruolo altro da quello di "persona sieropositiva", mentre rispetto alla collettività si tratta di promuovere il ruolo di cittadino come riferimento terzo.

Come in più occasioni è stato sottolineato nella presente trattazione, inoltre, un ulteriore risvolto reso possibile dalla definizione di indicatori scientifici di carriera biografica è inerente la **valutazione dell'efficacia degli interventi** che si andranno ad attuare. La collocazione di tali indicatori lungo il continuum carriera biografica-biografia, ossia la loro misura, consente di attestare lo scarto (in termini di produzioni discorsive impiegate) tra il momento pre-intervento (T0) ed il momento successivo all'intervento (T1). In questi termini si pone lo strumento di rilevazione degli indicatori che è stato costruito¹⁵ e che consente di misurare la configurazione sia del singolo che della comunità rispetto ai due momenti temporali. Lo strumento è stato costruito con la modalità della domanda a scelta multipla, laddove le opzioni possibili rappresentano le regole d'uso del linguaggio ordinario¹⁶, utilizzabili a fronte della domanda posta. L'assunto su cui si basa l'adozione di tale modalità di costruzione del protocollo è

¹⁵ Per lo strumento si rimanda all'appendice 3 del report finale

¹⁶ Formalizzate nella Scienza Dialogica nella Tavola dei Repertori Discorsivi.

che il rispondente scelga la risposta (ossia la regola d'uso) in virtù della coerenza narrativa¹⁷ che pratica, scegliendo quindi tra le opzioni la regola d'uso (e non il contenuto) che riconosce come propria. Come sottolineato in diversi momenti, il focus della ricerca è infatti sulle produzioni discorsive, ossia sui processi discorsivi che configurano la realtà in maniera tale da generare e/o mantenere un assetto discorsivo ascrivibile alla carriera biografica. Come in più occasioni evidenziato, a fronte dei dati epidemiologici e dei dati che emergono dalla presente ricerca, la valutazione dell'efficacia si pone quale passaggio esiziale per una modifica effettiva della configurazione attuale.

La tabella che segue riassume i risvolti operativi sopra illustrati, in riferimento al piano rispetto al quale si esplicano, ossia al piano dell'adozione teorica di riferimento, al piano dell'attuazione degli interventi che declinano da tale adozione e al piano della valutazione dell'efficacia dell'intervento attuato. .

Piano rispetto al quale si esplica il risvolto operativo	Risvolti operativi
Piano dell'adozione teorica di riferimento	Riferimento teorico comune per gli esperti ed adeguato all'oggetto di indagine: collocazione dell'oggetto di indagine entro il piano della realtà costruita discorsivamente. Adozione del linguaggio come configuratore di realtà.
Piano dell'attuazione dell'intervento	Promozione della responsabilizzazione della comunità
	Promozione di una collocazione descrittiva
	Promozione di un ruolo altro da quello di "persona sieropositiva"; riferimento al ruolo terzo di cittadino.
Piano della valutazione dell'efficacia dell'intervento	Utilizzo dello strumento di rilevazione degli indicatori dialogici di "Stigma" per misurare lo scarto tra la collocazione della configurazione lungo il continuum carriera biografica-biografia prima dell'intervento (T0) e dopo l'intervento (T1).

Tabella 43: la tabella illustra i risvolti operativi che è possibile delineare da quanto emerso dalla ricerca.

¹⁷ In merito alla definizione di coerenza narrativa si rimanda al capitolo 1 del report finale.

Per cui, alla luce di quanto argomentato, si pone pertanto la necessità di *ripristinare l'ordine del discorso* restituendo la patologia al piano adeguato di pertinenza (piano medico) e quanto si viene a generare discorsivamente, in merito alla patologia, al piano della salute. Tale operazione assurge a passaggio fondamentale al fine di offrire la possibilità, a coloro che in qualsiasi momento della traccia biografica intercettino tale condizione sanitaria, di potersi definire comunque “in salute”. Al contempo ciò pone le condizioni per cui la comunità possa riappropriarsi del processo di costruzione della salute, piuttosto che divenire oggetto (e soggetto) di “discriminazioni”, nell’ottica di un’assunzione di responsabilità condivisa in merito all’agire proprio ed altrui. Si tratta in ultima analisi di decostruire l’astrazione categoriale del “sieropositivo”, restituendo le possibilità di trasmissione del virus alle condizioni sanitarie in cui ciò può verificarsi ed assegnando alla persona con HIV un ruolo “altro”.

In conclusione, è possibile considerare infatti come, a fronte dei risultati della ricerca, il modo più efficace per non cadere nello “stigma”, sia da parte dei portatori del virus, sia da parte della comunità in cui queste persone vivono, può essere dato dal farli diventare **promotori della salute**. Su questo terreno si innesta quindi la sfida attuale per coloro che sono definiti essere gli esperti e che sono chiamati, a fronte di quanto emerso dalla ricerca e dai dati epidemiologici, ad un agire responsabile. Ossia le produzioni discorsive veicolate dalla letteratura di settore, nonché gli interventi messi in campo, devono essere volti a far sì che le persone con HIV diventino dei veri e propri operatori che, a fronte della loro condizione sanitaria, possono divenire promotori di istanze di gestione delle traiettorie biografiche di se stessi, così come delle persone con le quali interagiscono (siano essi membri del nucleo affettivo così come interagenti casuali). Pertanto lo scarto a livello dello “stigma” può avvenire laddove **si incrementa la dialogicità della comunità** già a partire da coloro che patiscono una condizione sanitaria così particolare che ha comportato l’oggetto di questa ricerca.

BIBLIOGRAFIA

AA. VV., 1999. *Dizionario Etimologico della Lingua Italiana Zanichelli*, Zanichelli Editore S.p.a., Bologna.

Baciga D., Della Torre C., Apollonia A. "Dall'evento 'biv' all' biv come 'evento': la valutazione dell'efficacia di un intervento di promozione della salute" in Turchi G.P. (2007). "Psicologia della salute: dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico", Armando Editore, Roma.

Becker H., 1987. *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Torino.

Berger P.L, Luckmann T., 1969. *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.

Bolasco S., 1999. *Analisi multidimensionale dei dati*, Carocci, Roma.

Bolasco S.,1998. *Metodi per l'analisi statistica dei dati testuali*, CISU, Roma.

Bruce Link, Jo Phelan, 2001. *Conceptualizing stigma*, in Annual Review of Sociology.

Cersosimo G., 2004. *Un'epidemia contemporanea, l'Aids tra storia e costruzione sociale*, Liguori Editore, Napoli.

Culla L. M., Turchi G. P., 2007. *Stranieri e droghe. Dalla cura del corpo alle pratiche discorsive nel sistema carcerario*, Roma: Armando Editore.

De Leo G., Salvini A., 1979. *Normalità e devianza*, Mazzotta, Milano.

Foucault M., 1997. *Malattia mentale e psicologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Gava G., 1992. *Lessico epistemologico*, CLEUP, Padova.

Giglioli P.P., Fele G. (a cura di), 2000. *Linguaggio e contesto sociale*, Il Mulino, Bologna.

Gilman, S.L., 1993. *Immagini della malattia. Dalla follia all'Aids*, Il Mulino, Bologna.

Goffman, E., 1983. *Stigma: l'identità negata*. Ombrecorte, Verona.

Goffman E., (1959). *The presentation of Self in Everyday Life*, University of Edimburg, Edimburg (tr. it. *La vita quotidiana come rappresentazione sociale*, Il Mulino, Bologna, 1969).

Kuhn T.S. 1969. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino.

Lemert E., 1981. *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Giuffrè, Milano.

Marradi A., "Metodologia delle scienze sociali", Il Mulino, Bologna, 2007

Mazzara B.M., 1997. *Stereotipi e pregiudizi*, Il Mulino, Bologna.

Notiziario dell' Istituto Superiore della Sanità 2010; 23(4 Suppl. 1):3-27.

Palazzi F., Folena G., 1995. *Dizionario della lingua italiana*, Loescher editore, Torino.

Salvini A., 2004. *Psicologia clinica* (seconda edizione). UPSEL Domeneghini Editore, Padova.

Salvini A., 1988. *Pluralismo teorico e pragmatismo conoscitivo in psicologia della personalità*, Giuffrè, Milano.

Simonelli C., Solano L., 2003. *Psicologia e AIDS, Problematiche emotive del malato di AIDS e sindromi correlate*. Carocci, Roma.

Smorti A., 1997. *Il Sé come testo*, Giunti, Firenze.

Svenson, G. R., 1998. *Linee guida europee per la Peer education fra i giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'AIDS*.

Turchi G.P., Fumagalli R., Paita M., 2010. *La promozione della cittadinanza come responsabilità condivisa. L'esperienza pilota di mediazione civica sul territorio della Valle del Chiampo*, UPSEL Domeneghini Editore, Padova.

Turchi G.P., 2009. *Dati senza numeri. Per una metodologia dei dati informatizzati testuali: M.A.D.I.T.* Monduzzi Editore, Bologna.

Turchi G.P. (a cura di), 2008. *Immigrazione e consumo di sostanze a Bergamo. Una proposta di Architettura dei Servizi per la 'promozione della salute' nel territorio*. Armando Editore, Roma.

Turchi G.P., 2007. *M.A.D.I.T. Manuale per la metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali*. Aracne, Roma.

Turchi G.P., Della Torre C., 2007. *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*. Armando Editore, Roma.

Turchi G.P., Maiuro T., 2007. “La riflessione epistemologica come criterio di scientificità in psicologia clinica”, in Molinari E. Labella A. (a cura di), *Psicologia clinica. Dialoghi e confronti*, Springer – Verlag, Italia.

Turchi G.P., Della Torre C., Di Maso A., Domedi L., Gherardini V., Laliscia B., Maiuro T., Martinazioli S., Mussoni A., Orrù L., Paita M., Perno A., Tesi A. (a cura di), 2005. *Per una svolta paradigmatica nell'ambito degli interventi sul consumo di sostanze illegali. Dall'epistemologia della cura alla prospettiva del cambiamento*. Aracne, Roma.

Turchi G.P., Perno A., 2004. *Modello medico e psicopatologia come interrogativo*, UPSEL Domenighini Editore, Padova.

Turchi G.P., (a cura di), 2002. “*Tossicodipendenza*”. *Generare il cambiamento tra mutamento di paradigma ed effetti pragmatici*. Upsel Domenighini Editore, Padova.

Mussoni A., 2006. *Valutazione di Processo e Risultato dell'Azione-Intervento denominata 'I Ragazzi della Panchina'*, in Turchi G.P., Barbanera D., Della Torre C., Di Maso A., Domedi L., Gherardini V., Laliscia B., Maiuro T., Martinazioli S., Mussoni A., Orrù L., Paita M., Perno A., Tesi A., *Per una svolta paradigmatica nell'ambito degli interventi sul consumo di sostanze illegali. La proposta operativa. Atti del convegno Abano Terme, Padova*, Aracne, Roma.

Wittgenstein L., 1967. *Ricerche filosofiche*. Einaudi, Torino.

Wittgenstein L., 1998. *Tractatus logico-philosophicus* [1921], Einaudi, Torino.