

## **Relazione I anno di dottorato**

**Lucia Di Stefano**

**XXXV Ciclo – Dottorato in Scienze Sociali – Curriculum in Scienze Politiche**

**Docente Tutor: Paolo Parra Saiani**

**A.A. 2019/2020**

### **Attività svolte**

Il primo anno di dottorato è stato dedicato alla frequenza delle lezioni trasversali e curricolari da novembre 2019 a settembre 2020, tenute in presenza fino a febbraio 2020 e, successivamente, in via telematica. Le ore totali frequentate sono 124,5.

Grazie all'accordo preso tra l'Università degli Studi di Genova e Coursera, ho potuto seguire diversi MOOC, che mi sono stati utili per l'avanzamento dello studio della bibliografia del progetto di ricerca, tra cui:

- *The Social Context of Mental Health and Illness*, University of Toronto (14 ore circa).
- *Major Depression in the Population: A public Health Approach*, Johns Hopkins University (14 ore circa).

Su Edx, ho invece seguito i corsi:

- *Psicologia della personalità*, Università Federico II di Napoli (7 settimane, 6-8 ore a settimana).
- *Global Health Case Studies from a Biosocial Perspective*, Harvard University (12 settimane, 2-5 ore a settimana).
- *An Introduction to Global Health*, Karolinska Institute, Svezia (6 settimane, 2-5 ore a settimana).
- *Psychology Course – How the Mind Works* (4 settimane, 8-12 ore a settimana).
- *Psychology Course – Health and Behaviour* (4 settimane, 8-12 ore a settimana).
- *The Health Effects of Climate Change*, Harvard University (7 settimane, 3-5 ore a settimana).

Ho assistito alle lezioni di Sociologia generale e Strumenti per l'analisi dei bisogni territoriali tenute dal Professore Parra Saiani durante il secondo semestre.

Sono stata nominata cultrice della materia in Sociologia e facente parte della commissione d'esame dei corsi di Sociologia generale (cod. 72694), Strumenti per l'analisi dei bisogni territoriali (cod. 57072) e Construcción y análisis de indicadores sociales (cod. 95296) a cui ho assistito ai diversi appelli.

In data 26 novembre 2019 ho assistito al seminario dal titolo *L'educazione inclusiva, l'educazione per tutti*, presso il Disfor. Relatrice la Prof. Cristina Ispas, University of Reșița.

Ho partecipato al Convegno AIS tenuto a Napoli presso l'Università degli studi di Napoli Federico II dal 23 al 25 gennaio 2020.

Ho assistito al webinar per la presentazione del libro *Sociologia della salute e della medicina*, a cura di Mario Cardano, Guido Giarelli, Giovanna Vicarelli, promosso da Società editrice il Mulino in data 9 giugno 2020.

In data 26 giugno ho assistito a una lezione sulla corruzione e i suoi indicatori, tenuta in via telematica, dal Professore Parra Saiani per una università argentina.

Ho partecipato al convegno online *Vivere nell'emergenza: la società italiana ed il servizio sanitario nazionale di fronte alla pandemia da covid-19* della sezione AIS di sociologia della salute e della medicina il 14 e 15 settembre 2020.

Iniziato un progetto in collaborazione con Alisa, i Professori Parra Saiani e Ivaldi per uno studio sulla deprivazione sociale a Genova, in seguito allo scoppio dell'emergenza Covid.

### **Spunti di ricerca**

Iniziato a consultare la bibliografia per il progetto di dottorato finalizzato allo studio dei determinanti sociali che influenzano, o possono influenzare, la comparsa di patologie mentali, in particolare la depressione. Oltre ai fattori genetici, infatti, si deve tenere conto del contesto sociale. Si evidenzieranno quindi concetti come quello di sofferenza, vulnerabilità, disuguaglianza sociale. L'OMS ha identificato una serie di determinanti sociali che comportano la comparsa di disturbi mentali. Pertanto, sarebbe interessante capire il perché, negli ultimi anni, i casi siano sempre più in aumento. Inoltre, se prima si parlava prevalentemente di un target di popolazione di età avanzata, oggi la depressione colpisce sempre più spesso una popolazione giovane, con un aumento dei casi di genere maschile. Il disturbo depressivo maggiore (DDM) è una condizione psichiatrica abbastanza diffusa e seriamente invalidante, che secondo l'OMS rappresenta la quarta causa principale di disabilità nel mondo e già anni fa si prevedeva che sarebbe diventata la seconda causa di carico globale di malattia entro la fine del 2020 (WHO, 2013); situazione che sicuramente si aggraverà a causa dell'emergenza Covid-19.

Viviamo in un periodo di grande sofferenza, nell'epoca delle passioni tristi (Benasayang, Schmit, 2004), di chi non trova più un senso alla vita quotidiana e si sente impotente. La nostra è una condizione di "separazione condivisa". «Con l'ossessione di superare la solitudine senza porsi la questione della separazione, i nostri contemporanei rimangono abbagliati dalle possibilità di contatto attraverso Internet e i social network. [...] Il rapporto con l'altro sarebbe la condizione perché io abbia un lavoro, perché io abbia voglia di alzarmi al mattino, perché io viaggi ecc. [...] L'altro diventa non la salvezza dalla mia solitudine, ma il colpevole della separazione dalla mia potenza d'agire. La solitudine che sta a fondamento delle nuove sofferenze psichiche è di natura ontologica, una solitudine come incapacità di sentirsi in collegamento» (Benasayang, 2016, 15-16). La solitudine comporta isolamento da se stessi, sempre più accentuato dalle nuove tecnologie, dall'illusione di essere sempre connessi. Siamo immersi in un mondo dove la sofferenza è del perdente, dell'incapace. Le malattie tipiche del nostro tempo sono di tipo neuronale, quali la depressione, la sindrome da deficit di attenzione o iperattività, il disturbo *borderline* della personalità (Han, 2012, 7). La depressione «esplode nel momento in cui il soggetto di prestazione non è più in grado di *poter-fare*, ed è in primo luogo una *stanchezza del fare e del poter-fare*. Il lamento dell'individuo depresso, "niente è possibile", è concepibile soltanto in una società che ritenga che "niente è impossibile". Il "non-esser-più-in-grado-di-poter-fare" conduce a un'auto-accusa distruttiva e all'auto-aggressione. Il soggetto di prestazione si trova in guerra con se stesso. Il depresso è l'invalido di questa guerra intestina. La depressione è la malattia di una società che soffre dell'eccesso di positività. Rispecchia quell'umanità che fa guerra a se stessa» Han (2012, 27, corsivo dell'autore).

La salute è un completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità (WHO, 2013). In una società come la nostra non è ammesso esternare la propria vulnerabilità. Dalla vulnerabilità e dalla sua o meno consapevolezza sembrano derivare due

atteggiamenti opposti: l'idea di avere possibilità illimitate o considerare l'individuo totalmente deprivato di ogni possibilità di *agency* e avente sempre bisogno di aiuto.

La sociologia della salute e della medicina spesso parla di vulnerabilità in relazione alle disuguaglianze sociali inerenti alla salute, all'invecchiamento e alla disabilità, che servono per individuare quei tratti della popolazione che sono potenzialmente a rischio di contrarre malattie o di discriminazione all'accesso ai servizi sanitari.

Va via via definendosi una nuova idea del concetto di fragilità, che riguarda problemi fisici, cognitivi e sociali: oltre alla natura biologica si aggiunge quella psicologica e sociale. La fragilità comporta una maggiore vulnerabilità. La vulnerabilità riguarda l'incertezza umana e l'insicurezza del suo rapporto con l'ambiente esterno. La sofferenza esistenziale nasce dalla crisi della relazione tra la persona e il proprio microcosmo sociale (Giarelli, 2018, 561). La crisi della soggettività porta all'incapacità di attribuire senso al nostro essere nel mondo. Tale sofferenza è accentuata dalle trasformazioni tecnologiche, che comportano artificializzazione della vita sociale.

La nostra è una società performativa, che richiede il *multitasking* e che porta alla depressione, al *burnout*, a un individuo sfinito sotto la pressione della prestazione che finisce nell'auto-aggredirsi e distruggersi, generando così la società della stanchezza (Han, 2012). La società performativa evidenzia un eccesso di positività e di minimizzazione, un rifiuto della sofferenza e la sua inaccettabilità. Non si parla di sofferenza per paura di essere emarginato o isolato. La sofferenza nascosta provoca così malessere diffuso, ansia. «Le centinaia di migliaia di individui di tutte le classi e di tutti i ceti che si urtano tra loro non sono tutti quanti uomini con le stesse qualità e capacità, e con lo stesso desiderio di essere felici? E non devono forse tutti quanti, alla fine ricercare la felicità per le stesse vie e con gli stessi mezzi? Eppure si passano davanti in tutta fretta come se non avessero nulla in comune, nulla a che fare l'uno con l'altro, e tra loro vi è solo il tacito accordo per cui ciascuno si tiene sulla parte del marciapiede alla sua destra, affinché le due correnti della calca, che si precipitano in direzione opposte, non si ostacolino a vicenda il cammino; eppure nessuno pensa di degnare gli altri di uno sguardo. La brutale indifferenza, l'insensibile isolamento di ciascuno nel suo interesse personale emerge in modo tanto più ripugnante ed offensivo, quanto maggiore è il numero di questi singoli individui che sono ammassati in uno spazio ristretto» (Engels, 1845/1992, 63-64).

Amartya Sen afferma che «le reazioni mentali, spesso, riflettono forme frustranti di compromesso con una realtà particolarmente dura, dettate dalla mancanza di speranza. Il mezzadro insicuro, il bracciante agricolo sfruttato, il lavoratore domestico sovraccaricato di lavoro, la casalinga sottopagata, tutti questi soggetti possono venire a patti con le loro rispettive condizioni, in modo tale che torti subiti e malcontento siano come sommersi da una resistenza gioiosa indotta dalla necessità di sopravvivenza. La persona socialmente sottopagata e priva di ogni speranza perde il coraggio di desiderare un patto sociale migliore e impara a trarre piacere da un'esistenza fatta di piccole misericordie» (Sen, 1984/1992, 344).

Seguendo Carrieri e Bilger (2010, 3), esistono quattro meccanismi che potrebbero aumentare lo stato di deprivazione degli individui: le carenze materiali «legate a problemi ambientali quali inquinamento e rumore e da un ambiente sociale caratterizzato da problemi di criminalità e vandalismo», i «fattori psicosociali, ovvero una più bassa dotazione di capitale sociale, più bassi livelli di fiducia, minore coesione sociale e maggiore deprivazione relativa», «i fattori comportamentali, legati al contagio degli stili di vita, attraverso effetti di induzione (i cosiddetti *peer-effects*) o attraverso l'adozione di norme sociali comunitarie» e i «fattori legati all'accessibilità ai servizi, sia sanitari, che extra-sanitari ma rilevanti per la salute come aree verdi, in cui praticare attività fisica o negozi che vendano cibi di qualità».

«Si osservano disuguaglianze sociali nella salute a sfavore dei più svantaggiati che riguardano tutte le dimensioni di salute – l'incidenza (ammalarsi), la prevalenza (rimanere nello stato di malattia), la

letalità (morire a causa della malattia) – e tutte le dimensioni della posizione sociale, sia quelle di carattere relazionale centrate sulla capacità di controllo delle risorse disponibili (classe sociale e credenziali educative), sia quelle di carattere distributivo delle risorse stesse, come reddito e beni posseduti» (Costa, 2014, p. 18).

#### Bibliografia consultata:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, R. E. (2014). *Human Suffering and Quality of Life. Conceptualizing Stories and Statistics*. Dordrecht: Springer.
- Benasayag, M. (2016). *Oltre le passioni tristi. Dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa*. Milano: Feltrinelli.
- Benasayag, M., Schimdt, G. (2004). *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli (ed. or. 2003).
- Berger, Peter L. and Thomas Luckmann. (1967) *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Garden City: Anchor Books, 52-67.
- Carrieri, V., Bilger, M. (2010). *Dimmi dove vivi e ti dirò come stai: Un'indagine empirica sugli effetti della deprivazione del quartiere di residenza sui risultati di salute*. Working Paper n. 03 – 2010. Università della Calabria, Dipartimento di Economia, Statistica e Finanza "Giovanni Anania" – DESF.
- Castel, R. (1994). *La dynamique des processus de marginalisation: de la vulnérabilité à la désaffiliation*. In *Cahiers de recherche sociologique*, No. 22, pp. 11-27.
- Costa G. (2014). *Promuovere equità di salute e di sanità in Italia*. In Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N., a cura di, *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Crawford, R. (1980). *Healthism and the Medicalization of Everyday Life*. *International Journal of Health Services*, Vol. 10, No 3, pp. 365-388.
- Durkheim, É. (1893). *De la division du travail social*. Paris: PUF. Cit. dalla trad. italiana, *La divisione del lavoro sociale*. Milano: Il Saggiatore (2016).
- Engels, F. (1845). *Die Lage der arbeitenden Klasse in England*. Lipsia: Otto Wigand. Cit. dalla trad. italiana, *La situazione della classe operaia in Inghilterra. In base a osservazioni dirette e fonti autentiche*. Roma: Editori Riuniti (1992).
- Farmer, P. (2010). *Partner to the Poor: A Paul Farmer Reader*. Berkeley: University of California Press.
- Feierman, S., Kleinman, A., Kearsley, S., Farmer, P. and Das, V. (2010). *Anthropology, Knowledge-Flows, and Global Health*. *Global Public Health*, 5(2), pp. 122-8.
- Foucault, M. (1990). *The History of Sexuality: An Introduction*. London: Penguin.
- Gallino, L. (1978). *Dizionario di sociologia*. Torino: Utet.
- Gallino, L. (2011). *Finanzcapitalismo. La società del denaro in crisi*. Torino: Einaudi.
- Giarelli, G. (2018). *Sofferenza e condizione umana. Per una sociologia del negativo nella società globalizzata*. Soveria Mannelli: Rubettino Editore.
- Goldberg, D., Goodyer, I. M. (2005). *The Origins and Course of Common Mental Disorders*. England: Psychology Press. Cit. dalla trad. italiana, *Origine e sviluppo dei disturbi mentali*. A cura di F. Asioli e D. Berardi. Torino: Centro Scientifico Editore (2009).
- Han, B-C., (2012). *La società della stanchezza*. Roma: Nottetempo (ed. or. 2010).
- Istat, (2018). *La salute mentale nelle varie fasi della vita*.
- Jonas, H. (1990a). *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino: Einaudi (ed. or. 1979).

- Kendler, K. S., Karlowski-Shuman, L. (1997). *Stressful Life Events and Genetic Liability to Major Depression: Genetic Control of Exposure to the Environment*. *Psychological Medicine*, No 27, pp. 539-547.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., Eaves, L. J. (1995). *The Structure of the Genetic and Environmental Risk Factors for Six Major Psychiatric Disorders in Women. Phobia Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, Bulimia, Major Depression, and Alcoholism*. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 52, 374-383.
- Kleinman, A. (2006). *What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*. New York: Oxford University Press.
- Kleinman, A. (2010). *Four Social Theories for Global Health*. UK: *The Lancet*, Vol. 375(9725), pp. 1518-1519.
- Kleinman, A., Das, V. and Lock, M. (1997). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Marx, K. (1932). *Okonomisch-philosophische Manuskripte aus dem Jahre 1844*. Berlino: Marx-Engels-Gesamtausgabe. Cit. dalla trad. italiana, *Manoscritti economico-filosofici del 1844*. A cura di F. Andolfi e G. Sgro'. Nocera Inferiore: Orthotes Editrice (2018).
- Merton, R. K. (1936). *The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action*. *American Sociological Review*, Vol. 1, No 6, pp. 894-904.
- Merton, R. K. (1949). *Social Theory and Social Structure*. New York: The Free Press.
- Mészáros, I. (1970). *Marx's Theory of Alienation*. London: Merlin Press.
- Pfeiffer, J., Nichter, M. (2008). *What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health?: A Health Systems Perspective*. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 22, No 4, pp. 410-415.
- Sen, A. K. (1985). *Well-Being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984*. *Journal of Philosophy, Inc.*, Vol. 82, No. 4, pp. 169-221.
- Stouffer, S. A. et al. (1949). *Studies in Social Psychology in World War II*. Princeton: University Press.
- Weber, M., Gerth, H. H., Wrigth Mills, C. (1946). *On Bureaucracy*. In *From Max Weber: Essays in Sociology*. New York: Oxford University Press, pp. 196-244.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J. et al. (2013). *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. UK: The Lancet.
- WHO, (2013). *Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020*. Triestina: WHO Collaborating Centre for Research and Training, ed. or. *Mental Health Action Plan 2013-2020* (2013).
- WHO, (2014). *I determinanti sociali della salute mentale*. Cit. dalla trad. Or., *Social Determinants of Mental Health*.

## **Publicazioni**

- P. Parra Saiani and L. Di Stefano (2020). *The definition of the situation. What kind of development, for whom?* In P. Parra Saiani and D. Videla Igor (eds.). *Desarrollo humano para todas y todos: Ciencias Sociales en diálogo por una sociedad inclusiva*. ISBN: 978-88-95697-08-6

## Publicazioni in corso:

- Di Stefano, L. (2020). *Bisogni e qualità della vita. Le sfide del contesto urbano odierno*. In *Cahiers di Scienze Sociali*.

## **Supporto alla didattica**

- 8 ore Strumenti per l'analisi dei bisogni territoriali (cod. 57072).
- 12 ore Sociologia generale (cod. 72694).

**Spese relative al 10%**

Convegno AIS Napoli: 233,20 euro