



Verso lo sviluppo di approcci metodologici condivisi tra antropologia e medicina: il caso di Castel Volturno

Towards the development of shared methodological approaches between anthropology and medicine: the case of Castel Volturno

Greta Bongiolatti, Independent Researcher for Emergency NGO ETS
ORCID: 0009-0002-1050-5136, gretabongiolatti@gmail.com

Alessandro Lamberti-Castronuovo, Primary Health Care Focal Point – Medical Coordination Unit at Emergency NGO ETS
ORCID: 0000-0001-7079-4457, alessandro.lamberti@emergency.it

Abstract: This report offers a methodological reflection based on a medical-anthropological study conducted in Castel Volturno, Italy, with the objective of identifying and addressing barriers to healthcare access for migrant women, particularly mothers and pregnant women. The research began at a primary care clinic run by Emergency NGO, which functions as a frontline service for individuals in conditions of socio-health vulnerability. Castel Volturno, due to its distinctive socio-demographic and urban features, represents a paradigmatic case for analysing tensions between national health systems and migrant subjectivities. Using a qualitative and quantitative methods design, including semi-structured interviews, participant observation, textual analysis and cross-coding, the study develops a shared framework that integrates biomedical approaches with anthropological insight. The article advocates for a collaborative model of research and intervention that fosters both epistemological and operational dialogue between medicine and cultural anthropology. Central to this proposal are the co-production of knowledge, the continuous negotiation between disciplinary languages and the participatory development of culturally sensitive health education initiatives. In operational terms, this perspective finds concrete expression in the promotion of community-based health projects, which reposition migrant communities not as passive recipients of care but as active co-producers of health. Within this framework, particular relevance is given to Community Health Workers (CHWs), community-embedded figures who

act as bridges between healthcare services and local social worlds, facilitating mutual understanding, fostering trust and contributing to more culturally responsive care. This integrated model seeks not only to understand the barriers to healthcare access but to intervene on them directly, by making clinical tools more responsive to migratory experiences and enhancing communication between health professionals and patients. It contributes to a more inclusive, participatory and sustainable healthcare system in contexts marked by high socio-economic complexity.

Keywords: Anthropology of health; Healthcare access; Migrant women; Interdisciplinary methods; Cultural mediation.

Il contesto

Castel Volturno, situato nella provincia di Caserta, rappresenta uno dei territori più critici del panorama urbano italiano per quanto riguarda la coesistenza di marginalità socioeconomica, frammentazione amministrativa e composizione demografica eterogenea. A partire dagli anni Ottanta, il progressivo abbandono del comparto turistico e l'assenza di una pianificazione urbanistica coerente hanno generato una crescita urbana disordinata, segnata da abusivismo edilizio e degrado infrastrutturale. A partire dagli anni Novanta, il comune è divenuto meta di arrivo per consistenti flussi migratori, attratti dalla possibilità di accedere a soluzioni abitative informali e a basso costo (tra cui appartamenti locati in assenza di regolare contratto, edifici occupati e successivamente inseriti in circuiti di subaffitto informale e illegale da parte di occupanti che ne detengono un possesso *de facto*, nonché abitazioni di fortuna, capannoni industriali dismessi e stabilimenti abbandonati riconvertiti informalmente a fini residenziali) e dalla presenza di reti comunitarie già radicate, che hanno svolto un ruolo cruciale nel facilitare i processi di insediamento. Nelle aree più periferiche del comune si sono sviluppati insediamenti ad alta densità abitativa, spesso privi di servizi di base, abitati in larga misura da persone originarie dell'Africa subsahariana, in particolare Ghana e Nigeria. La composizione sociale del territorio risulta altamente eterogenea (ISTAT 2021). Infatti, presso Castel Volturno, convivono individui con status giuridici e percorsi migratori diversificati, anche in termini temporali, comprendendo sia arrivi recenti sia presenze ormai radicate da anni, e gradi variabili di inserimento nel tessuto socio-economico locale. Secondo i dati dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM 2010), gli stranieri rappresentavano un terzo della popolazione residente, mentre le più recenti statistiche ISTAT (2021) attestano la presenza di cittadini stranieri

al 17,5%, con una forte prevalenza di persone di origine ghanese e nigeriana (Emergency 2021). Tale popolazione risulta tuttavia internamente eterogenea sotto il profilo giuridico e migratorio, comprendendo sia titolari di permesso di soggiorno di lungo periodo, sia richiedenti asilo, sia persone prive di un regolare titolo di soggiorno. Queste differenze sono strettamente connesse alle diverse fasi storiche di arrivo e ai mutamenti del quadro normativo italiano ed europeo in materia di immigrazione. In particolare, a partire dalla metà degli anni 2010 si è registrato un aumento delle richieste di protezione internazionale anche tra cittadini ghanesi e nigeriani già presenti sul territorio (Emergency 2021), in parte riconducibile al progressivo restringimento delle possibilità di accesso e rinnovo di altre tipologie di permesso di soggiorno, che ha reso la domanda di asilo una delle poche opzioni percorribili per la regolarizzazione giuridica e la permanenza nel paese.

In questo quadro, l'ambulatorio di Emergency, attivo dal 2013, inizialmente in forma mobile e oggi stabilmente insediato sulla via principale del comune, rappresenta un presidio sanitario di prossimità fondamentale. Questo offre servizi gratuiti di medicina di base, orientamento socio-sanitario e mediazione culturale a persone in condizione di vulnerabilità socioeconomica e incertezza giuridica, intendendo con ciò individui privi di un'occupazione formale o inseriti in circuiti di lavoro informale e sottopagato, disoccupati o sotto-occupati, persone senza dimora o in condizione di grave marginalità abitativa, residenti in alloggi sovraffollati o insicuri, soggetti privi di reddito regolare o al di sotto della soglia di povertà, nonché individui privi di reti familiari e sociali di supporto sul territorio, spesso esclusi dal Servizio Sanitario Nazionale. La sua funzione non si esaurisce però nella cura clinica, ma si estende alla costruzione di uno spazio "liminale" (Van Gennep 1909), capace di coniugare intervento medico, ascolto, supporto di mediazione interculturale e accompagnamento.

Tale funzione assume una rilevanza particolare se letta alla luce della composizione di genere delle comunità migranti locali, storicamente caratterizzate da una prevalenza maschile, legata alle prime migrazioni per lavoro degli anni Novanta e Duemila, seguite progressivamente dall'arrivo di donne attraverso percorsi di ricongiungimento familiare, migrazione autonoma o, in alcuni casi, inserimento in circuiti lavorativi precari e informali. A partire dalla metà degli anni 2010, si osserva infatti un progressivo incremento delle presenze femminili e una crescente stabilizzazione familiare, che contribuiscono a ridefinire i bisogni sociosanitari e le modalità di accesso ai servizi. In questo contesto, la posizione strategica dell'ambulatorio e la reputazione acquisita attraverso il passaparola tra le comunità migranti ne fanno un punto di riferimento stabile, in particolare per molte donne, che vi si recano anche per ricevere informazioni e orientamento non strettamente medico.

Un'indagine qualitativa condivisa: confronto tra antropologia e medicina

Il presente contributo si inserisce nell'ambito di un'indagine medico-antropologica promossa da Emergency e avviata nel maggio 2024, con l'obiettivo di esplorare le condizioni di accesso alla salute delle donne migranti, in particolare madri e gestanti, residenti nel territorio di Castel Volturno. Il focus è stato posto su donne con status giuridici differenziati (richiedenti asilo, titolari di protezione e persone prive di regolare permesso di soggiorno), appartenenti a diverse fasce d'età, e prevalentemente originarie dell'Africa subsahariana, in particolare Ghana e Nigeria, che rappresentano i gruppi maggiormente presenti nel contesto locale.

La ricerca si è articolata attorno a due obiettivi principali: (1) analizzare i fattori strutturali e istituzionali che ostacolano o facilitano l'accesso alle cure alle donne e madri migranti; e (2) comprendere le loro strategie di adattamento e (ri)organizzazione sociale nel far fronte alle cosiddette barriere, con particolare attenzione alle pratiche di riappropriazione e alla risignificazione dei concetti di genitorialità, salute riproduttiva e percorsi di cura, intese come modalità con cui le donne migranti riprendono in mano la gestione della propria salute e della genitorialità e ne ristrutturano il significato alla luce delle proprie esperienze, risorse e reti sociali.

Tali pratiche si sviluppano in dialogo o in tensione con il modello biomedico dominante, permettendo alle donne di adattare le cure ai propri bisogni culturali e sociali, integrando, reinterpretando o selezionando le informazioni e i percorsi offerti dal sistema sanitario istituzionale. In altre parole, l'esame delle barriere burocratiche, economiche, geografiche, linguistiche e culturali nell'accesso ai servizi sanitari ha costituito il punto di partenza per indagare come il sistema di assistenza sanitaria venga percepito, negoziato e trasformato dalle migranti stesse. Questo processo porta a una vera e propria riconcettualizzazione della cura da parte delle donne migranti in questione, intesa come la capacità di reinterpretare e adattare i percorsi di salute, la genitorialità e le pratiche di assistenza medica alle proprie esigenze, risorse e reti sociali. In questo senso, la cura non è più solo il rispetto dei protocolli biomedici, ma un insieme di significati e strategie costruiti dalle migranti per rispondere al loro contesto concreto di vita e alle barriere incontrate, pur in dialogo o tensione con il sistema sanitario istituzionale e le pratiche degli operatori. Il progetto si è sviluppato a partire da un impianto metodologico qualitativo, costruito attraverso il confronto tra approcci disciplinari differenti e competenze eterogenee. Il team di ricerca comprendeva medici con esperienza in raccolta e analisi di dati clinici e di tipo qualitativo su tematiche di salute globale, e un'antropologa

specializzata in metodologie etnografiche e indagine qualitativa. Questa configurazione ha permesso di sviluppare un approccio interpretativo integrato, in cui i contenuti emersi dalle interviste e dall'osservazione partecipante sono stati analizzati congiuntamente secondo prospettive antropologiche e medico-sanitarie. La collaborazione tra discipline è avvenuta in maniera spontanea: ciascun ricercatore ha contribuito con il proprio metodo e, progressivamente, si è co-costruito un percorso di analisi condiviso, capace di valorizzare le diverse competenze disciplinari.

Di seguito si indicano brevemente le diverse fasi della ricerca per permettere al lettore di seguire da vicino il processo che abbiamo seguito nella co-costruzione di un metodo transdisciplinare.

Il lavoro ha preso avvio con una serie di incontri preliminari tra i membri del team, finalizzati a esplicitare le rispettive posture epistemologiche, confrontare approcci e sensibilità e definire congiuntamente gli obiettivi e i temi della ricerca. Questo momento di negoziazione iniziale ha rappresentato un passaggio cruciale per la costruzione di un terreno di lavoro condiviso, capace di integrare differenti linguaggi e competenze. A seguito della definizione degli obiettivi comuni, ha avuto inizio la prima fase sul campo, affidata alla componente medica, che ha previsto la realizzazione di interviste semi-strutturate rivolte a un campione selezionato di pazienti donne frequentanti l'ambulatorio di Emergency, con particolare attenzione a madri e gestanti. Parallelamente, sono state raccolte le voci di operatori sanitari dei servizi pubblici territoriali, medici, mediatori culturali e rappresentanti di associazioni locali, con l'obiettivo di cogliere prospettive differenziate sui percorsi di accesso alla salute, sulle pratiche di cura e sulle criticità emerse nell'interazione con il sistema sociosanitario.

La seconda fase, a conduzione antropologica, ha comportato un inserimento progressivo della ricercatrice nel contesto dell'ambulatorio, attraverso una presenza prolungata e una pratica di osservazione partecipante. L'indagine si è focalizzata sull'osservazione quotidiana delle interazioni tra pazienti, personale sanitario e mediatrice culturale, sulla conduzione di interviste e dialoghi informali. Questo processo ha permesso di esplorare in profondità le dimensioni relazionali, simboliche e pratiche che strutturano i percorsi di cura, ponendo attenzione alle relazioni di potere implicite, alle forme di agency femminile e ai sistemi di supporto e (ri)adattamento informali attivati dalle pazienti. Conclusi le attività di campo, il corpus delle interviste è stato quindi sottoposto a un processo di codifica tematica incrociata (*coding*), procedura propria della ricerca qualitativa, finalizzata a identificare ricorrenze, significati e nuclei tematici emergenti dal materiale empirico e condotta congiuntamente dai due membri del team.

In linea con questo approccio, il corpus delle interviste è stato oggetto di una rilettura critica congiunta, condotta a partire da prospettive disciplinari differenti, attraverso la quale ciascun ricercatore ha applicato al materiale le proprie categorie analitiche di riferimento. Questo processo ha consentito di far emergere “codici” distinti ma tra loro dialogici, successivamente messi in relazione in un’ottica interpretativa condivisa, valorizzando il confronto interdisciplinare come parte integrante dell’analisi qualitativa. La componente medica ha rilevato la ricorrenza di alcuni temi e/o pattern critici, tra cui l’analfabetismo sanitario e la scarsa familiarità con le pratiche di prevenzione, le barriere linguistiche che ostacolano la comunicazione tra pazienti e operatori, l’incompatibilità tra approcci medici differenti, le difficoltà nella comprensione delle prescrizioni terapeutiche e delle sequenze di visite, nonché la distanza fisica dei presidi sanitari, che spesso rende impossibile l’accesso ai servizi e causa frequenti interruzioni nei percorsi di cura. L’analisi antropologica, dal suo canto, ha fatto emergere dimensioni complementari e trasversali, come le pratiche di adattamento quotidiano messe in atto dalle pazienti, le forme di resilienza femminile, la diffusa sfiducia verso le istituzioni sanitarie e verso il corpus medico, il ruolo centrale delle reti informali come strumenti di sostegno, e la presenza di economie di sopravvivenza che influiscono direttamente sulle scelte in ambito sanitario. A partire dai codici individuati e discussi congiuntamente, è stata costruita una narrazione integrata che ha preso forma in un articolo scritto a più mani,¹ con l’intento di restituire in maniera articolata e dialogica i risultati dell’indagine.

Il lavoro si è organizzato attorno a due assi principali. Il primo ha riguardato l’analisi delle barriere all’accesso ai servizi sanitari, distinte in barriere materiali (come la mancanza di trasporti, gli orari inadeguati e le difficoltà linguistiche), simboliche (legate al timore di essere giudicate, denunciate o non comprese) e culturali (connesse a visioni divergenti della salute, della maternità e del corpo). Il secondo asse si è invece concentrato sulle strategie di riadattamento sviluppate dalle donne migranti in risposta all’assenza di supporti istituzionali strutturati. Con questo termine si intende forme di adattamento creativo e/o resistenza strategica, attraverso le quali le donne negoziano quotidianamente

¹ L’articolo, dal titolo “Breaking Barriers to Access to Sexual and Reproductive Health for Migrant Women in Castel Volturno, Italy: combining a public health with an anthropological perspective” è il frutto di un lavoro collettivo, redatto a più mani da antropologi, medici, operatori e ricercatori di Emergency coinvolti nel progetto. Il contributo è stato recentemente presentato e accettato per la pubblicazione sulla rivista scientifica *SSM – Health Systems*, edita da Elsevier e consultabile al seguente link: <https://www.sciencedirect.com/journal/ssm-health-systems>. In specifico, il team di autori comprende: Mafikuyomi B., Bongiolatti G., Serraino S., Omorogieva F., Russo G., Longo E., Marro G. e Lamberti-Castronuovo A., Pine J.

le barriere incontrate e rimodellano i propri percorsi di cura: il ricorso a reti religiose e comunitarie, la cura condivisa tra madri, l'uso selettivo e strategico dei servizi sanitari disponibili, e l'alternanza tra pratiche mediche tradizionali e biomedicina. In questo senso, le strategie di riadattamento non rappresentano semplicemente un assestamento passivo, ma un esercizio di agency, con cui le donne plasmano le pratiche di cura e protezione della salute in funzione delle proprie esigenze, risorse e contesti sociali.

Limiti e potenzialità della collaborazione tra saperi

A distanza di un po' di tempo del lavoro svolto, si rende necessario, in questa sezione, interrogarsi sulle potenzialità e sui limiti di una collaborazione tra saperi diversi, così come sulle pratiche più efficaci da valorizzare e replicare. L'integrazione tra l'approccio medico e quello antropologico ha mostrato, da un lato, la capacità di superare dicotomie ormai riduttive (come quella tra vulnerabilità e agency), restituendo le esperienze delle donne nella loro complessità: non solo come soggetti colpiti da disuguaglianze sistemiche, ma anche come attrici capaci di attivare risorse, costruire reti e negoziare margini di autonomia. Al contempo, la collaborazione ha evidenziato tensioni strutturali e differenze epistemologiche tra le due discipline. La medicina, legata a tempi rapidi di risposta, a categorie standardizzate e alla necessità di efficacia e verificabilità operativa, si muove spesso secondo una logica d'intervento e di ricerca precisa. L'antropologia, al contrario, si fonda tradizionalmente su tempi lunghi e sulla necessità di "sostare" nel campo, in quel "soffermarsi presso" evocato da Clifford Geertz nella sua celebre definizione di "descrizione densa" (Geertz 1973), ovvero l'interpretazione di significati culturali in relazione ai contesti in cui emergono. In aggiunta, l'antropologia medica, in particolare, ha a lungo rivendicato il valore della lentezza e della prossimità per indagare le dimensioni profonde della cura e del "vissuto corporeo" (Kleinman 1988, Scheper-Hughes, Lock 1987, Nguyen 2010). In questo senso, il contatto con l'operatività medica ha obbligato e stimolato la ricerca antropologica a confrontarsi con una dimensione più applicativa, rapida e finalizzata al risultato, mettendo alla prova i suoi stessi strumenti. Per comprendere meglio come si sia giunti a una sintesi operativa, è utile descrivere brevemente i due approcci disciplinari in forma "pura", prima della contaminazione reciproca.

L'approccio medico, tradizionalmente, si fonda su un impianto metodologico fortemente orientato alla risoluzione dei problemi e alla presa in carico efficace del paziente. Storicamente, la medicina ha sviluppato un sapere clinico basato su protocolli biomedici standardizzati, diagnosi formulate secondo classifica-

zioni riconosciute e su un'osservazione di fenomeni clinici definibili, misurabili e riproducibili. In questa logica, nella ricerca in ambito medico, il dato assume un valore centrale, in quanto strumento per produrre evidenze utili all'intervento, ed è ciò che in medicina viene definito *evidence-based practice*, ovvero una prassi fondata sull'uso sistematico delle migliori evidenze disponibili per prendere decisioni cliniche informate (Sackett 1996). Tuttavia, nel corso degli ultimi decenni, ed è questo il caso di Castel Volturno, la medicina ha riconosciuto sempre più la necessità di affiancare ai metodi quantitativi tradizionali anche strumenti di indagine qualitativa, capaci di cogliere dimensioni soggettive, relazionali e culturali della salute e della cura. Come sottolinea la medica Greenhalgh (1997), l'adozione di approcci qualitativi consente di esplorare fenomeni non immediatamente misurabili, come le esperienze dei pazienti, la comunicazione medico-paziente, la percezione della malattia o l'aderenza ai trattamenti. D'altro canto, l'antropologia classica si è sviluppata, fin dalle sue origini, come una disciplina fondata sull'immersione nel contesto e sull'ascolto profondo dell'altro. Il metodo etnografico classico si struttura attorno all'osservazione partecipante, teorizzata da Bronislaw Malinowski (1922) come pratica di lunga durata, in cui il ricercatore "vive con" la comunità studiata, assumendo una posizione di prossimità e di continua riflessività. Questa impostazione metodologica, centrata sulla specificità più che sulla generalizzabilità, ha tradizionalmente privilegiato uno sguardo lento, aperto, processuale, orientato più alla comprensione che alla misurazione. L'etnografo, più che testare ipotesi, ricostruisce mondi di senso, lasciando che le categorie analitiche emergano dal campo, attraverso una continua negoziazione di significati e posizioni. Nel corso del tempo, tuttavia, un po' come è successo alla "tradizionale" medicina, anche l'antropologia ha attraversato una serie di trasformazioni interne, che ne hanno esteso il raggio d'azione oltre i confini accademici. Già a partire dagli anni Sessanta e Settanta, con lo sviluppo dell'antropologia medica, si è consolidata una riflessione attenta alla relazione tra cultura, salute e malattia, che ha portato a un'analisi della malattia come esperienza culturale e sociale (Kleinman 1980; Good 1994). In questo campo, la metodologia antropologica ha mantenuto il suo orientamento qualitativo e interpretativo, ma si è progressivamente adattata a contesti istituzionali (ospedali, ambulatori, servizi sociosanitari) e a un dialogo diretto con altri saperi disciplinari, come la medicina, la salute pubblica, la psicologia. In Italia, in particolar modo, una figura centrale in questo processo innovatore è stata quella dell'antropologo Tullio Seppilli, che ha elaborato il concetto di "uso sociale dell'antropologia" (Seppilli 1973), rivendicando la possibilità e la responsabilità per l'antropologo di uscire dall'osservatorio neutro ed entrare in relazione con contesti istituzionali, politici e professionali, producendo un sapere maggiormente applicativo

e spendibile. A posteriori di quanto emerso, e alla luce delle due metodologie fin qui descritte, le quali, pur partendo da cornici epistemologiche differenti, hanno negli anni subito trasformazioni e aperture significative, è quindi possibile leggere l'esperienza di ricerca presso Castel Volturno come esito di un doppio movimento. Da un lato, l'antropologia ha teso verso un uso più "applicato" (Malighetti 2020) e "socialmente impegnato" (Seppilli 1973) del proprio sapere, rispondendo alla necessità di intervenire concretamente nei contesti di indagine; dall'altro, la medicina ha progressivamente riconosciuto il valore della ricerca qualitativa, capace di restituire le dimensioni soggettive, culturali e relazionali che condizionano l'accesso ai percorsi di cura. Questo avvicinamento, tutt'altro che lineare, ha richiesto un lavoro costante di negoziazione, di traduzione tra linguaggi, di scambio di punti di vista. Tuttavia, il punto di contatto si è rivelato essere proprio il soggetto stesso dell'intervento oggetto di questo Report, ossia il paziente migrante, in questo caso di genere femminile, con le sue soggettive traiettorie di mobilità e di marginalità socio-sanitaria, le pratiche quotidiane di adattamento, riorganizzazione e selezione delle pratiche di cura e di mescolamento tra medicine tradizionali e occidentali. La migrazione, intesa in termini generali, in questa ricerca si è configurata come uno spazio di intersezione privilegiato tra medicina e antropologia. Da un lato, il sistema sanitario nazionale, e in particolare Emergency, che opera come servizio "stampella" nei vuoti lasciati dal settore pubblico, è stato chiamato a interrogarsi su quali strumenti, linguaggi e prassi possano realmente adattarsi alla popolazione culturalmente eterogenea presente sul territorio italiano. Dall'altro, l'antropologia si è trovata nella necessità di riorganizzare i propri strumenti e obiettivi, passando da una produzione di sapere lenta, densa e spesso rivolta esclusivamente al mondo accademico, a forme di restituzione più agili, comprensibili e spendibili anche in contesti operativi. In questo crocevia, l'ascolto delle soggettività migranti è divenuta una condizione metodologica che ha permesso a entrambe le discipline di mettersi in discussione e avviare una riflessione comune sulla complessità della cura. È proprio a partire da questo confronto e da questa negoziazione epistemica che nasce il principale obiettivo di questo contributo, ovvero mettere in luce una prassi metodologica interdisciplinare. A questo proposito, nei paragrafi seguenti, proponiamo una sequenza di fasi operative, che restituiscono in forma strutturata il percorso metodologico sperimentato, con l'intento di offrire uno strumento utile a chi, in ambito sanitario, sociale o di ricerca, desideri informarsi sulla possibilità di costruire un lavoro congiunto tra saperi. In questa prospettiva, auspichiamo di avvicinare il lettore alla comprensione della malattia come un'esperienza situata, profondamente intrecciata alle condizioni sociali, economiche e politiche in cui emerge (Quaranta 2012).

Note di campo: dialoghi disciplinari in atto presso l'ambulatorio di Emergency

Gran parte dell'osservazione partecipante si è svolta all'interno dell'ambulatorio di Emergency, uno spazio discreto, situato lungo la strada principale di Castel Volturno, la "famosa" Via Domiziana,² e profondamente radicato nella vita quotidiana delle comunità migranti locali. L'ambulatorio, aperto nel 2013, ha progressivamente adattato la propria struttura alle trasformazioni del contesto: se in passato erano presenti medici e un pediatra, oggi il presidio è garantito principalmente da due infermieri, un logista responsabile dell'organizzazione generale, una mediatrice culturale ghanese (che di seguito verrà chiamata Maria) e un giovane operatore della Guinea incaricato di accompagnare i pazienti più vulnerabili alle visite ospedaliere esterne. Il flusso annuale di circa 2000 pazienti dimostra come la struttura operi non solo come servizio clinico, ma come nodo sociale e relazionale. Molti pazienti si rivolgono all'ambulatorio per orientamento burocratico, supporto nelle procedure amministrative, mediazione culturale e sostegno relazionale. La sala d'attesa, pur essendo uno spazio fisico limitato, si configura come un luogo sociale denso, in cui osservare e comprendere le dinamiche quotidiane dei pazienti consente di cogliere aspetti significativi delle pratiche di cura e della costruzione della fiducia (Goffman 1963). È in questo spazio sospeso che hanno avuto luogo le principali interviste e conversazioni informali, le osservazioni più significative e le confidenze più dirette tra l'antropologa sul campo e le donne migranti.

Esther (nome fittizio), donna nigeriana al sesto mese di gravidanza, è seduta accanto a me, mentre rigira nervosamente un foglio di appuntamento. Con voce timida mi confessa: *"They told me to go to the hospital for check... but I don't know why. I don't really know anything about this healthcare"*. La sua esitazione e il senso di disorientamento mettono in luce una delle sfide centrali nell'accesso alle cure: la rigidità delle procedure standardizzate, non garantiscono di per sé adesione o fiducia. (Osservazione di campo, agosto 2024).

In questo contesto, la mediazione culturale assume una funzione critica. Maria, mediatrice dell'ambulatorio, interviene non come semplice interprete linguistico, ma come ponte tra saperi, traduttrice di codici culturali e creatrice di un contesto sicuro per l'apprendimento pratico della salute (Kleinman, 1980).

² La definizione di "famosa" qui si riferisce a quanto riportato da diverse testate giornalistiche e fonti locali, dove la Via Domiziana è spesso citata come simbolo di Castel Volturno, associata a fenomeni migratori, tensioni sociali, crimini o dinamiche urbane particolari.

Spiega spesso: *"Sometimes I need to sit with them and explain everything from the beginning. Not because they don't want care, but because nobody ever told them."* (Estratto di una conversazione con Maria, agosto 2024). Il suo ruolo incarnato rappresenta una forma di antropologia applicata, in cui le osservazioni etnografiche informano e guidano le pratiche cliniche, mentre l'esperienza concreta della cura plasma le domande e i metodi dell'antropologo sul campo. In questo spazio ibrido, il processo di mediazione culturale diventa un nodo operativo: ogni spiegazione, ogni dialogo, ogni chiarimento costruisce fiducia, consentendo al personale sanitario di interpretare correttamente i comportamenti dei pazienti e permettendo al medico di raccogliere dati rilevanti per comprendere le traiettorie culturali e individuali della salute. In tal modo, l'incontro tra antropologia e medicina si concretizza sul campo, generando un vero e proprio meticciamiento disciplinare, dove la cura diventa pratica situata, relazionale e culturalmente sensibile.

Un'altra paziente, Ama, originaria del Ghana, racconta la sua opinione sui controlli prenatali: *"In my country, you go to hospital only if you are very sick. Why go if you feel fine?"*. Il suo commento mette in luce una tensione disciplinare: la medicina preventiva, cardine della pratica clinica occidentale, entra in collisione con modelli culturali alternativi, orientati all'intervento esclusivo in presenza di malattia manifesta. L'interazione tra professionisti sanitari, mediatori culturali e osservatori antropologi consente di sviluppare pratiche adattative, che vanno oltre la semplice adesione ai protocolli, integrando conoscenze scientifiche e comprensioni culturali. Al contempo, l'ambulatorio stesso sembra agire come nodo relazionale più ampio. Le donne arrivano spesso accompagnate da amiche, sorelle o mariti, generando un passaparola che conferisce alla struttura legittimità sociale e transculturale: *"My friend told me to come here. She said that here there is a sister that explains things"*, racconta una paziente. Il sapere medico e antropologico si mescola così a reti informali di trasmissione culturale, creando uno spazio di cura che è contemporaneamente clinico, educativo e relazionale. In definitiva, l'ambulatorio di Castel Volturno si configura come spazio di meticciamiento disciplinare, dove la medicina apprende dalla lente antropologica a leggere i comportamenti, le paure e le rappresentazioni culturali dei pazienti, e l'antropologia si applica all'urgenza e alla concretezza dell'intervento sanitario. Le conversazioni informali, le spiegazioni contestualizzate, la mediazione costante e le osservazioni sul campo costituiscono un corpus di dati qualitativi che informa interventi clinici più efficaci e culturalmente sensibili. La salute emerge così come esperienza situata, intrecciata a fattori sociali, culturali ed economici (Quaranta, 2012), e la mediazione culturale diventa strumento epistemico e operativo, capace di rendere visibili e traducibili significati, percezioni e bisogni spesso invisibili nei protocolli standardizzati.

Verso una prassi condivisa e ripetibile

A partire dalle riflessioni emerse e dalla necessità di costruire uno spazio di ricerca realmente utile, la presente esperienza ha portato alla definizione di una prassi metodologica interdisciplinare, ipoteticamente replicabile in altri contesti ad alta complessità sociosanitaria. L'obiettivo è quello di offrire uno strumento pratico e teoricamente fondato per favorire il lavoro congiunto tra antropologia e medicina, tenendo insieme ricerca, osservazione e azione. Il metodo, qui formalizzato a partire dal caso studio di Castel Volturno, si articola in una serie di fasi operative che possono essere adattate e modulate in base al contesto, alla composizione del team e agli obiettivi specifici della ricerca.

1. La definizione condivisa dell'obiettivo di ricerca.

Il processo prende avvio da un confronto paritario tra i/le ricercatori/trici coinvolti/e, con l'obiettivo non solo di definire un focus comune (es. l'accesso alla salute per donne migranti), ma anche di esplicitare le proprie posture teoriche e le proprie aspettative. In seconda istanza, è utile prevedere un momento di informazione/formazione reciproca preliminare, per offrire all'antropologo una base sulle principali patologie, diagnosi e prassi cliniche del contesto, e al medico alcuni riferimenti chiave dell'antropologia, utili a comprendere i significati culturali legati alla salute e alla cura. Questo passaggio aiuta a costruire fin da subito un linguaggio condiviso e una maggiore comprensione tra i saperi.

2. La ricerca sul campo.

Nel momento in cui si pianifica il lavoro sul campo, è importante tenere presente che una presenza parallela dei ricercatori provenienti da ambiti disciplinari diversi può rappresentare un elemento di grande arricchimento. La co-presenza nello stesso contesto, anche se con approcci e strumenti differenziati, consente infatti di osservare i fenomeni da prospettive complementari, facilitando confronti immediati. Inoltre, la raccolta dati dovrebbe prevedere l'uso integrato di metodi qualitativi eterogenei: interviste semi-strutturate e narrative, osservazione partecipante, materiali visuali (mappe, schede, disegni) e tecniche partecipative. Inoltre, la possibilità di ritornare più volte dagli stessi interlocutori consente di costruire un rapporto di fiducia e di approfondire i significati emersi. L'inclusione di focus group integrati, con la partecipazione di pazienti, operatori e mediatori, può rappresentare un ulteriore strumento di validazione e produzione condivisa di senso.

3. L'analisi qualitativa e il coding incrociato.

Una volta conclusa la fase di campo, si apre il momento dell'analisi, che richiede un passaggio dal dato raccolto alla sua interpretazione. Il corpus di interviste, osservazioni e materiali raccolti viene così sottoposto a un processo di anali-

si incrociata, in cui ciascun componente del team applica le proprie categorie analitiche di riferimento. Il processo di coding, in questo senso, è uno spazio di confronto epistemico, nel quale le differenti prospettive sono un'occasione per arricchire l'analisi interpretativa. Ad esempio, ciò che un medico può identificare come "negligenza", ovvero la mancata adesione ai protocolli di cura prescritti, può essere riletto, da un punto di vista antropologico, come una "strategia adattiva", esito di una serie di decisioni culturalmente fondate prese dal paziente. L'obiettivo non è far prevalere una lettura sull'altra, ma tenere insieme le diverse dimensioni del fenomeno, restituendo la complessità delle pratiche di cura nei contesti reali. In definitiva, il coding incrociato è una pratica riflessiva a più voci, che consolida la co-produzione del sapere e getta le basi per una elaborazione realmente integrata.

4. La costruzione di una narrazione integrata.

Dopo l'analisi, i codici e le interpretazioni emerse vengono riorganizzati all'interno di una narrazione condivisa, che intreccia le diverse prospettive disciplinari. La stesura del testo avviene in modo collaborativo, attraverso la suddivisione delle sezioni, la lettura incrociata delle parti, lo scambio di commenti e le proposte di modifica. La revisione finale diventa un momento di sintesi, in cui si verifica la coerenza interna e si garantisce l'equilibrio tra i contributi. Anche la ricerca bibliografica segue la logica integrata, attingendo in modo bilanciato a riferimenti provenienti da entrambe le discipline, in modo da rafforzare l'ibridazione e teorica del prodotto finale. In questo senso, la stesura stessa del prodotto finale si configura così come parte integrante del metodo, in cui prende forma un linguaggio comune e si consolida la co-produzione del sapere.

5. Il passaggio dalla ricerca alla ricerca-azione.

Una volta individuate le criticità trasversali e i bisogni emersi nel lavoro sul campo, il percorso di ricerca non si conclude con la produzione di conoscenza teorica o la pubblicazione accademica, ma si apre a una dimensione operativa e trasformativa.

L'approccio transdisciplinare proposto mira, infatti, a generare ricadute concrete attraverso la progettazione di workshop e laboratori partecipativi che coinvolgeranno le donne migranti che hanno preso parte alla ricerca, riconosciute come interlocutrici centrali nella definizione delle priorità e delle possibili strategie di intervento. Questi spazi saranno concepiti come momenti di confronto e co-costruzione, finalizzati ad approfondire in maniera condivisa i bisogni emersi e a esplorare modalità di cura maggiormente accessibili e culturalmente situate, favorendo il dialogo tra modelli biomedici e pratiche di salute proprie dei contesti di origine. In questa prospettiva, la ricerca-azione si configura in ultima fase come un processo di restituzione attiva che intende contribuire alla definizione di raccomandazioni operative e buone prassi, ela-

borate a partire dal coinvolgimento diretto delle donne migranti e orientate a promuovere forme di assistenza sanitaria più inclusive, sensibili alle differenze culturali e maggiormente rispondenti alle loro condizioni di vita.

A partire dalle evidenze raccolte, risulta non solo possibile ma auspicabile tradurre il lavoro etnografico in interventi operativi, quali laboratori di prevenzione, incontri di alfabetizzazione sanitaria e percorsi formativi congiunti rivolti a pazienti ed operatori sanitari. In questo approccio, l'antropologo/a non riveste un ruolo meramente osservativo, ma partecipa attivamente ai processi, affianca il personale medico e contribuisce a rendere la pratica clinica quotidiana più riflessiva, contestualizzata e attenta alla dimensione relazionale della cura. In termini operativi, l'attivazione di interventi di promozione della salute a base comunitaria (*community-based health projects*) rappresenta una delle evoluzioni più rilevanti dell'approccio integrato proposto in questo lavoro. Alla base di tale impostazione vi è l'idea che l'obiettivo non sia semplicemente quello di rafforzare l'accesso ai servizi sanitari da parte delle fasce più vulnerabili, ma piuttosto di ridefinire in profondità il rapporto tra istituzioni e territorio, promuovendo forme di partecipazione attiva, continuativa e trasformativa da parte delle comunità stesse. In questa prospettiva, le comunità non sono più intese come destinatari passivi delle politiche sanitarie, bensì come co-produttrici di salute, attraverso il riconoscimento e la valorizzazione dei propri saperi, delle reti di solidarietà informali e delle organizzazioni sociali in termini di cura. I *community-based health projects* possono tradursi, in maniera concreta, nella formazione dal basso di gruppi di supporto tra pari, nella creazione di spazi di confronto comunitario, e soprattutto nei servizi in cui vi è l'incontro con i *Community Health Workers* (CHWs), figure "ponte" capaci di intercettare un possibile dialogo tra il sistema sanitario nazionale e le esigenze e i linguaggi delle comunità. A differenza dei mediatori linguistico-culturali, che sono generalmente professionisti esterni chiamati a operare con gruppi linguistici e culturali diversi, i CHWs provengono dalle stesse comunità con cui lavorano, ne condividono i codici culturali, le esperienze migratorie e, spesso, le condizioni sociali. L'inserimento strutturato di queste figure, sia in ambulatori gestiti da organizzazioni come Emergency sia nei servizi sanitari pubblici, costituisce una risposta sostenibile e durevole ai bisogni rilevati sul campo. Dal punto di vista delle comunità, i CHWs rappresentano una forma concreta di *agency* dal basso: non più semplici destinatari di interventi sanitari, ma protagonisti attivi dei processi di cura, capaci di mediare tra i linguaggi medici, burocratici e istituzionali, e le pratiche di cura quotidiane delle comunità. In questo stesso quadro, il ruolo dei CHWs, si estende ben oltre la traduzione linguistica, articolandosi nella decodifica simbolica dei bisogni, nella negoziazione dei significati attribui-

iti alla malattia e alla cura, e nella costruzione di un rapporto terapeutico basato su prossimità, fiducia e riconoscimento reciproco (Radicioni 2022). Il modello interdisciplinare integrato si configura così non solo come strumento analitico, ma come pratica di ricerca-azione sociale, capace di restituire la conoscenza prodotta alle comunità e trasformarla in leva concreta per fare passi avanti in termini di inclusione, giustizia e accesso alla cura.

Conclusioni

Il modello di ricerca sperimentato a Castel Volturno intende proporsi come una metodologia integrata replicabile, capace di orientare la produzione di conoscenza interdisciplinare nei contesti di marginalità socio-sanitaria. Ciò che emerge con forza è la possibilità di superare la dicotomia tra sapere clinico e sapere antropologico, costruendo un terzo spazio conoscitivo, di tipo dialogico, in cui le differenze epistemologiche vengono valorizzate come risorse analitiche. Il processo interdisciplinare adottato si è rivelato efficace non solo per la qualità dei risultati prodotti, ma perché ha generato momenti fondamentali di apprendimento reciproco come in sede di definizione degli obiettivi condivisi, nella costruzione congiunta degli strumenti di ricerca, nel corso dell'analisi incrociata dei dati e infine nella stesura partecipata dell'articolo finale. In questa prospettiva, il caso presentato si colloca chiaramente all'interno di una logica di ricerca-azione (Fals-Borda 1991), orientata non soltanto alla comprensione dei fenomeni, ma alla costruzione di strumenti operativi e raccomandazioni concrete, pensati per essere utili sia al personale sanitario che alle comunità coinvolte. L'obiettivo finale è la produzione di un sapere applicativo, capace di tradurre l'analisi in pratiche, rendendo la ricerca uno strumento di trasformazione e non solo di osservazione. Un esempio concreto in questa direzione è offerto dall'esperienza della Migration and Health Clinic dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino, dove è stata sviluppata la cartella clinica etnografica come strumento per integrare, nella presa in carico del paziente, aspetti culturali, sociali e biografici (Pettirino 2019). Questo dispositivo nasce proprio dalla volontà di superare il riduzionismo biomedico, fornendo un modello pratico che mette il sapere antropologico al servizio della clinica, e che riconosce il paziente nella sua complessità, oltre la dimensione puramente sintomatica. In linea con questa esperienza, anche la collaborazione tra medicina e antropologia proposta nel presente lavoro mira a generare strumenti concreti e condivisi, capaci di migliorare la qualità della risposta socio-sanitaria sia all'interno degli ambulatori di Emergency, sia nei servizi pubblici con cui tali strutture si interfacciano. Emergency, infatti, agendo spesso come presidio di supporto ("stampella") a un

sistema sanitario sotto pressione, può rappresentare, proprio per questo, un terreno fertile per l'innovazione metodologica e l'elaborazione di modelli replicabili. Se portata ad un livello di ragionamento successivo, questa prospettiva invita a ripensare in modo radicale la relazione di cura, estendendone la portata ben oltre il solo ambito migratorio. In effetti, viene chiamato in causa l'intero sistema sanitario, interrogandone le capacità di ascolto, adattamento e redistribuzione del potere decisionale. Come osserva O'Callaghan (2022), ridurre la cura alla sola gestione dei sintomi biomedici significa trascurare storie, aspettative e bisogni profondamente situati, finendo per compromettere tanto l'efficacia quanto l'etica dell'intervento terapeutico, indipendentemente dall'origine o dallo status del paziente (O'Callaghan 2022). Riflettere oggi su queste collaborazioni interdisciplinari significa dunque gettare le basi per futuri percorsi di ricerca congiunta, in cui l'integrazione dei saperi non sia solo auspicata, ma effettivamente praticata, e orientata alla costruzione di percorsi operativi operative capaci di produrre impatto reale nei contesti di maggiore vulnerabilità.

Bibliografia

Fals-Borda, O., Anisud Rahman, M.

1991 *Action and Knowledge: Breaking the Monopoly with Participatory Action Research*, The Apex Press, New York.

Geertz, C.

1973 *The interpretation of cultures*, Basic Books, New York.

Goffman, E.

1963 *Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings*, Free Press, New York.

Good, B.

1994 *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.

Greenhalgh, T.

1997 *How to read a paper: The basics of evidence-based medicine*, BMJ Publishing Group, London.

Kleinman, A.

1980 *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press, Berkeley.

Kleinman, A.

1988 *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*, Basic Books, New York.



- Kuhlmann, E., Lotta, G., Burau, V., Correia, T., Falkenbach, M. *et al.*
2025 Community Health Workers: A Comparative Assessment of Capacities of a Global Policy Approach in Selected European Health Systems. *Health Policy*, 105541.
- Lock, M.
2000 *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*, University of California Press, Berkeley.
- Malighetti, R. (a cura di)
2020 *Antropologia applicata. Problemi e prospettive*, Meltemi, Milano.
- Malinowski, B.
1922 *Argonauts of the Western Pacific*, Routledge, Kegan Paul, London.
- McKay, R.
2020 Global Health's Durable Dreams: Ethnography, 'Community Health Workers' and Health Without Health Infrastructure. *Africa*, 90 (1), pp.95–111. DOI: 10.1017/S0001972019000950
- Nguyen, V-K.
2010 *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Duke University Press, Durham.
- O'Callaghan, C.
2022 Promoting the get healthy information and coaching service (GHS) in Australian-Chinese communities: facilitators and barriers. *Health Promotion International*, 2 (37), pp.129-137.
- Pettirino, F.
2019 La cartella etnografica in ambito medico. Un percorso sperimentale di antropologia applicata alla cura di pazienti stranieri nell'ambulatorio MISA dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino. *L'Uomo*, IX (1), pp. 95-118.
- Sackett D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.
1996 Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't. *BMJ*, 312 (7023), pp. 71-72. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Scheper-Hughes, N., Lock, M.
1987 The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1), pp. 6-41. DOI: <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.1.02a00020>
- Seppilli, T. (a cura di)
1973 *L'uso sociale dell'antropologia*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Van Gennep, A.
1909 *Les rites de passage*, Nourry, Paris.

