

1 • EPIDEMIOLOGIA DI CITTADINANZA: UNA IPOTESI DI LAVORO

Gianni Tognoni

QUADRO DI RIFERIMENTO

Abbiamo pensato di scrivere questo libro come si pensa, si formula, si organizza un progetto di ricerca: qualcosa che, anzitutto, e per definizione, è punto di arrivo ed espressione di conoscenze, competenze, risultati di un gruppo, che riconosce la parzialità dei cammini percorsi e si concentra su domande che sono pronte per divenire ipotesi da verificare, sperando che il loro interesse coincida non solo con la curiosità di chi le formula, ma soprattutto con bisogni reali che ancora non hanno risposta.

Ad ogni progetto che vuol divenire realtà corrisponde un protocollo che ha la sua prima verifica di credibilità nella esplicitazione dell'ipotesi di lavoro, formulata collegialmente, soprattutto quando coloro che se ne fanno carico provengono da, e rappresentano, storie, culture e metodologie diverse.

Questo è dunque un libro-protocollo: la presenza nel titolo di termini tanto eterogenei (per disciplina di appartenenza, retroterra culturali, luoghi di utilizzazione) come epidemiologia e cittadinanza, suggerisce di spiegare l'ipotesi che ne ha guidato la formulazione raccontandone la storia.

Ci si è trovati, essendoci incrociati in tanti progetti – un po' casualmente, un po' programmaticamente – a constatare che i risultati a cui si giungeva, spesso interessanti, ed altrettanto frequentemente insuf-

ficienti, sfociavano in domande che sembravano invitare ad andare al di là delle competenze, degli strumenti, dei criteri di interpretazione propri delle discipline di cui si era più direttamente esperti, o in ogni caso titolari, per professione o per mansioni.

Il minimo comune denominatore delle domande che originavano dai nostri diversi punti di vista – quello medico-sanitario, quello sociologico, quello economico, quello dell'organizzazione-gestione, quello giuridico – era (e rimane) l'interrogativo su che cosa resta escluso (o chiede di essere preso in considerazione) dal punto di vista «specifico» del percorso fatto. A titolo di esempio:

- quando si parla e si lavora sul rapporto salute/malattia, non è che ci si trova di fatto a fare i conti con qualcosa (più di fondo?) che tocca i contesti e gli immaginari più generali della vita, dove non sono protagonisti tecnici-operatori e malati, ma persone che cercano di aumentare gli spazi ed i tempi di autonomia, quelli personali-proprie, e quelli della/e collettività/e di cui si è membri?
- quando si immaginano, propongono, realizzano modelli di organizzazione dei «servizi», sanitari e non, si stanno sperimentando o applicando soluzioni tecnicamente ed economicamente appropriate per i bisogni, o si è dipendenti da quadri di riferimento dettati da obiettivi, valori, variabili che rispondono a scelte che stanno a monte, e che hanno come indicatore obbligato (giustificato?) la compatibilità pre-definita con risorse e modelli socio-economici?
- quando dichiariamo di lavorare *con, per, su* persone e popolazioni, stiamo costruendo percorsi e parliamo con linguaggi che aumentano le capacità di comunicazione e di scambio alla pari, o definiamo recinti che stabiliscono separazioni, gerarchie, regole del gioco obbligate?
- la «scientificità» delle metodologie, degli strumenti, dei risultati, e perciò la legittimità delle loro applicazioni, sta nel rigore con cui ognuno applica la propria disciplina, o potrebbe-dovrebbe essere verificata *anche* (soprattutto?) là dove la «specificità» del punto di vista è manifestamente inadeguata, e richiede perciò «contaminazioni» di metodi, approcci, linguaggi, interventi?

Constatazioni che si fanno domande di questo tipo non sono certo particolarmente originali. Si è deciso tuttavia di prenderle sul serio, e di provare a farne il motivo di esistere e la metodologia di lavoro di un vero e proprio Laboratorio di Epidemiologia di Cittadinanza (LEC). Per provare a verificare il se e il come si poteva passare dalla formulazione dell'ipotesi alla sua verifica: anzitutto a livello di linguaggio, e quindi con l'applicazione a scenari che ci sembra[va]no allo stesso tempo molto concreti ed esemplari di quel cammino di ricerca-attraverso-la-contaminazione cui si accennava sopra.

Il «laboratorio» evoca[va] in questo senso non tanto il luogo specialistico in cui si lavora secondo una logica ISO-9000/1/2/..., o nella stretta obbedienza ai principi di «good laboratory-manufacturing practices», che assicurano la riproducibilità e la commercializzazione dei prodotti, quanto piuttosto la «vecchia» immagine della bottega artigiana: il «taller» o il «workshop», dove i prodotti devono variare in funzione della progettualità (di cui è parte essenziale una componente di originalità-innovazione) di un dato momento-contesto, e non la riproduzione di regole che si pensano come misura-esigenze di obbedienza, più che come strumento-servizio della libertà-flessibilità-intelligenza di chi deve dare una risposta adeguata a bisogni reali.

EdC: ESERCIZI DI DEFINIZIONE

Il percorso che questo libro-protocollo propone per verificare l'ipotesi della praticabilità di una epidemiologia di cittadinanza (EdC) è un lavoro di esplicitazione progressiva e di verifica dei concetti, degli strumenti e delle strategie che si sono assunti come categorie, molto flessibili, di riferimento. L'esercizio di definizione dei cinque termini «generali» qui proposti deve essere integrato con l'esercizio di glossario specifico che è sviluppato nel paragrafo successivo.

1. *Cittadinanza*: da sempre, e sempre di più, oggi, termine ambiguo che evoca, o definisce, scenari di diritto e di uguaglianza, ma che coincide contestualmente con la delimitazione (da Atene alla Rivoluzione

francese alle «nostre» società costituzionali che convivono con le nuove schiavitù, i muri, la criminalizzazione dell'immigrazione) di chi, quando e se, può essere cittadino titolare di diritti uguali.

Gli interrogativi che esemplificano l'estensione e la profondità di questa ambiguità sono molti. Cittadinanza come sinonimo di diritti umani, o loro termine antagonista, perché ne dichiara nei fatti la subordinazione a criteri «altri»? Nella vita quotidiana, dalla casa al lavoro, all'educazione, si è soggetti normalmente o emergenzialmente portatori di diritti? Perché si è titolari di interventi «sanitari», più o meno «essenziali» o evidence-based, ma non di presa in carico della disabilità, fisica o mentale o comportamentale?

Si è cittadini se si rientra in un codice diagnostico rimborsabile, o quando si è portatori-soggetti di disagio, marginalità, diversità, per cui vale l'etica (non obbligatoria) ma non il diritto esigibile della solidarietà tra soggetti titolari della stessa «umanità»? Che senso ha un termine che è, precariamente, misura di inclusione in un paese, e misura, non dichiarata ma certissima, di esclusione nella globalizzazione? Che permette di assumere-garantire «protezione» (nel linguaggio dell'immaginario e nella pratica), ma è di fatto trappola perfetta per promettere e non mantenere, con garanzia di impunità?

2. *Welfare*: definisce la non-definibilità di un modo di pensare e pensarsi di una società rispetto allo «star bene» (della maggioranza? o dell'universo?) degli individui che la costituiscono. Termine omnicomprensivo e complessivo, inevitabilmente sempre incerto tra l'essere progetto o soluzione, incrocio di formule socioeconomiche o di immaginari individuali e collettivi, ideologia o programmazione, affermato come strategia concreta, per fornire risposte, o come strumento di pubbliche relazioni per e da parte di chi persegue politiche incerte sul se, sul come, sul quanto la maggioranza o l'universo delle persone che costituiscono la società (locale, nazionale o globale) possano di fatto essere il termine di riferimento e la misura del progetto di star bene. Termine (ancor più quando viene «appropriato» da attori di governo) fatto per esprimere la responsabilità sulla complessità del cammino da fare, o per dichiararne la sostanziale eludibilità?

3. *Epidemiologia*: termine rigorosamente sanitario, nella sua accezione e nelle sue pratiche attuali, tanto da essere oggetto sostanzialmente misterioso per la maggior parte delle altre discipline o competenze: anche di quelle che (dagli economisti, ai politici, ai sociologi, ai giuristi) si interessano di e decidono su interventi sanitari. Il titolo del laboratorio pone questo termine in stretta connessione con cittadinanza, tanto da fare di questa il suo oggetto di competenza specifica. Ha senso? È un esercizio di immagine? Od esprime in modo sintetico e sostanziale l'ipotesi di fondo di tutto il progetto? L'epidemiologia serve solo, o principalmente, a descrivere e quantificare i profili della [esclusione dai diritti di] cittadinanza (come si fa quando si descrivono la distribuzione e le cause delle malattie) o sottende qualcosa di diverso? Collegarsi con cittadinanza è semplicemente un modo di aggiungere contenuti a quelli classici della epidemiologia, o è ricerca-sperimentazione di un linguaggio e di uno sguardo che non solo mettono le persone-con-tutte-le-loro-storie al centro dell'interesse, ma le rendono direttamente protagoniste (del racconto e della gestione) delle stesse storie?

L'epidemiologia, che può essere considerata metodologia-disciplina «consolidata» per descrivere, quantificare, rendere valutabili i bisogni e le evoluzioni delle malattie delle popolazioni, si rivela, in questo primo esercizio di esplicitazione delle ipotesi di ricerca, come il termine che pone più domande: più ancora, che è oggetto di domande. Primo risultato della contaminazione-davvicinanza con gli altri due termini, welfare e cittadinanza, che hanno evocato, dietro l'apparente chiarezza di significato, scenari profondi di ambivalenza? E quali risultati potranno venire dalla declinazione di tre termini caratterizzati, fin dalla fase della loro definizione, dalla (possibile? intrinseca? progettualmente obbligatoria?) ambivalenza?

4. *Epidemiologia assistenziale*: definisce percorsi, strumenti, metodi per uscire dalla epidemiologia come punto di vista prevalentemente sanitario, per farne uno dei modi per raccontare ciò che succede all'incrocio tra popolazioni, contesti (sanitari e non), istituzioni di

presa in carico dei problemi (prevalentemente) sanitari, rapporto tra servizi e risorse. L'intenzione è quella di documentare, per via di scenari concreti, le possibili strade in avanti che si devono percorrere per fare dell'epidemiologia un linguaggio capace di far parlare e rendere percepibili le realtà-popolazioni che si trovano specificamente a vivere nei territori spesso così poco «sanitari» nei quali si gioca-decide la fruibilità dei diritti di cittadinanza.

5. *Indicatori*: sono incroci, spesso complessi, di variabili che appartengono ad aree e discipline diverse; in linea di principio, strumenti privilegiati per un laboratorio di contaminazione. La domanda è: gli indicatori rivelano, valorizzano la complessità delle realtà che stanno alla base degli incroci di welfare, cittadinanza, epidemiologia; o le sostituiscono-nascondono, attraverso le loro proposte di dare una visione sintetica e quantificabile delle tante variabilità-diversità, di persone, di contesti, di politiche che li assumono come misura e linguaggio di comunicazione?

LE DEFINIZIONI DI EdC SI CONFRONTANO CON LA REALTÀ

Concetti, strumenti, metodi devono fare i conti con il fatto di applicarsi in modo innovativo a scenari concreti di aree rappresentative dei rapporti tra (politiche di) welfare, (diritti di) cittadinanza, epidemiologia, per esplorare se e quanto la logica e le definizioni (capitoli 2, 3 e 4) siano capaci di tradursi in strategie di osservazione, di analisi, di racconto, di intervento, da cui, criticamente, si è partiti.

Gli scenari di verifica sono altrettanti «laboratori» dove entrano in campo popolazioni e servizi alla frontiera tra competenze (e risorse) sanitarie e sociali:

- le macro-popolazioni dei data base amministrativi e della medicina generale, che rivelano la possibile-necessaria (ma molto difficilmente praticabile) «permeabilità» del dato sanitario ai suoi tanti retroterra (organizzativi, culturali,...) e alle implicazioni «sociali» (capitolo 4);

- la gestione istituzionale, prevista e dovuta, ma spesso poco fruibile ed ancor meno esigibile, dei «servizi» alle persone anziane, molto preoccupati nelle perenni ri-definizioni dei loro ruoli di elargitori di prestazioni ma molto meno impegnati nella verifica di senso-rilevanza-risultati delle prestazioni stesse (capitolo 6);
- l'universo dei caregivers (la non-traduzione ne segnala bene la ambivalenza) dei non autosufficienti, sempre citati d'ufficio nelle politiche di contenimento della spesa, ma i cui soggetti reali sono tanto diversamente definiti-riconosciuti da farne indicatori privilegiati di diseguaglianza e di disagio: settore affollatissimo di tante epidemiologie che descrivono, ma orfano di una epidemiologia che documenti il grado di (non) praticabilità di un diritto che dovrebbe essere «certo» soprattutto là dove deve farsi carico della precarietà di popolazioni per le quali la società non ha sapere? potere? cultura? per risposte collettive che siano praticabili (capitolo 4);
- la popolazione dei minori con problemi di reinserimento sociale e dei loro familiari, per una presa in carico che sia un processo di coinvolgimento pro-positivo e non un surrogato marginalizzante e gravoso dei servizi (capitolo 7). Si è all'estremo opposto rispetto all'universo dei due scenari precedenti, in termini di definizioni, di dati, di domande esistenziali, ma si rimanda di fatto ad indicatori-obiettivi comuni come autonomia della vita e/o violazione dei diritti anche/perfino dei corpi (che esprimono e sono «sentinelle» di incapacità di gestione, o volontà di negazione, di identità personali).

GLOSSARIO PER ESERCIZI DI LINGUAGGIO

L'ipotesi di EdC è, dunque, soprattutto un esercizio di integrazione:

- di una *logica* che dichiara reali e gestibili solo quelle variabili (sanitarie o sociali o psicologiche) che possono descriversi (dalla pianificazione ai risultati alla valutazione) in quanto compatibili con definizioni univoche;

- con *percorsi* che legittimano la loro obbligatorietà come capacità di dare diritto di visibilità-parola ai destini concreti delle persone (che sono ovviamente, come singoli e come collettività, molto meno univocamente definibili).

La misura di appropriatezza e scientificità di questi percorsi è, se non la capacità, certo la ricerca prioritaria di assicurare il riconoscimento di ciò che esiste, prima e al di là della sua definizione da parte dell'una o dell'altra «competenza».

Le definizioni rischiano infatti di sostituire – o pretendono di farlo – le realtà ovviamente evidenti, in-negabili, in-eliminabili, ponendole, come si fa nei protocolli di ricerca, tra i «criteri di esclusione» perché incompatibili con l'obiettivo dello studio (o, nella realtà, con le possibilità della governabilità, o dell'economia, o ...). L'ipotesi di EdC ha come sua identità la visibilità ed il diritto della «nuda vita» (secondo l'interpretazione assoluta, vissuta più che definita, da Benjamin, che anticipa-coincide con quella della Dichiarazione Universale e della Costituzione). Pretende però di essere linguaggio e strumento di lavoro nel quotidiano: prima di tradursi in una sua definizione operativa, che è quella proposta dai percorsi-modello di questo testo, deve perciò confrontarsi con alcuni snodi di linguaggio: esercizi di rinuncia alle definizioni monovalenti e lineari per ritrovarne la realtà più completa che le sottende, più frammentata-articolata, tanto da risultare nascosta, o mascherata, o visibile solo in uno dei suoi aspetti, e perciò eludibile, passibile di «esclusione» dallo sguardo e dalla presa in carico.

L'esercizio è molto concreto ed ha implicazioni metodologiche ed operative precise: si sono scelti (senza nessuna pretesa di completezza) alcuni dei termini più frequenti, ed in un certo senso imprescindibili, nella epidemiologia, nella pianificazione, nella ricerca qualitativa e quantitativa, nel diritto, nella sociologia... Termini che si ritrovano «a loro agio», ma con significati «univoci» molto diversi, e spesso contraddittori o reciprocamente escludenti, in ognuna delle rispettive «competenze tecniche» che ritengono di utilizzarli secondo la sua logica propria. Si è allora provato a raccontarli, *partendo* da (ma non accontentandosi di) punti «spe-

cifici», per riconoscerne l'importanza ed il significato non nella loro capacità di definire-chiudere, ma di rimandare ad altro: di essere ponti, o suggestioni, o collegamenti, contaminazioni, non nel senso sostanzialmente negativo che questa qualificazione evoca in contesti sanitari (contaminazione «batterica»; presenza di inquinanti), ma come rimando alla complessità-ambivalenza della vita, che è il motivo di esistere della epidemiologia e l'indicatore della cittadinanza.

Gli incroci suggeriti dalla figura 1.1 mirano a dare l'idea del come ognuno dei termini «intuitivamente» chiaro nel suo significato all'interno di una specifica disciplina/competenza, può, e spesso deve, essere ridefinito, perseguito, utilizzato, interpretato secondo criteri diversi all'interno di, o all'incrocio con, un'area diversa. Il pro-memoria ha una sua ovvietà, e sarebbe ridondante se, nella pratica (nella metodologia di ricerca e nei percorsi decisionali) non fosse una realtà che pesa. Si è ritenuto di fornire almeno alcuni esempi di multi-definibilità, dove il contesto ha il ruolo chiave nel determinare significato e peso dei diversi termini. Non dovrebbe essere difficile vedere, al di là delle proposte necessariamente molto sintetiche di lettura, le implicazioni più generali e generalizzabili.

1. *Probabilità*. Termine centrale per l'epidemiologia. Indica e quantifica secondo regole e tecniche statistiche, il grado di [in]certezza che esiste tra una/più «cause» (o variabili) ed i/il loro effetti/o.

Il suo significato (o significatività? = il contenuto informativo + la sua rilevanza per prendere decisioni) ha pesi diversi se quantificato:

- per confrontare tra loro i risultati di due trattamenti, o strategie, e misurare equivalenze o differenze;
- per affermare il ruolo di fattori di rischio/protezione nel «causare» o «prevenire» problemi (morbidi-morbidity; guarigioni; inviolabilità; autonomia di vita...);
- per fornire criteri di scelta (e/o obbligatorietà?) tra interventi e strategie (terapeutiche, di salute pubblica, ambientali, di supporto economico...).

		Cittadini/Abitanti						
		Diritto/Diritti	Indicatore	Autonomia	Vulnerabilità	Marginalità	Complessità	Probabilità
Diritto/diritti	Assistenza	Frequenza	Non autosufficienza	Marginalità	Vulnerabilità	Bisogno	Casualità vs Causalità	Carico
	Autonomia	Visibilità	Dipendenza	Popolazione	Visibilità	Assistenza	[In]certezza	Risorse
	Essenziale	Outcome	Disabilità	Rischio	Popolazione	Gravosità	Predittività	Costi
	Individuale/collettivi	End-point	Fragilità	Indicatori	Indicatori	Frequenza	Rischio	Debito
	Marginalità	Complessità	Vulnerabilità	Assistenza	Situazione Sociale/econ.	Popolazione	Diritti	Bilancio
	Misure di rispetto/violazione	Rischio	Empowerment	Complessità		Rischio	Responsabilità	Autonomia
								Diritto/diritti
	Popolo/Popolazioni							

Figura 1.1 - Glossario

I criteri di «certezza» (= affidabilità? oggettività? verità? normatività?) quantificati dalle misure statistiche delle probabilità hanno (spesso) significato diverso se usati, all'interno dell'uno o dell'altro campo scientifico, o per definire responsabilità in campo giuridico-giudiziario o per riassumere qualitativamente un ragionamento o un processo decisionale che si ritiene (più o meno) affidabile.

A seconda della probabilità dei suoi effetti, un intervento, o un indicatore, può essere coincidente con un livello di «normatività» legislativa; oppure essere assunto come una delle opzioni («essenziali»?) possibili. Una interpretazione nell'uno o nell'altro senso può essere totalmente diversa in un sistema sanitario/società dove la *salute* è anzitutto un diritto umano oppure la *sanità* è un ambito economico-assicurativo, con presenza di pubblico e privato (a diversa dominanza).

2. *Autonomia*. Termine intuitivamente chiaro, qualitativo, che rimanda a diritti, individuali o collettivi, di scelta, di capacità di indipendenza,...

Definisce peraltro attraverso scale [semi]quantitative, le condizioni di [non]autonomia fisica o mentale di persone con situazioni tanto diverse come la presenza di molte malattie invalidanti, o un deficit funzionale organo-malattia specifico, e/o conseguenza di incidenti, o danni «ambientali». Rimanda ad una progettualità della società – sanitaria, e (o anche) socioeconomica, e/o comportamentale – che viene espressa o meno con indicatori (qualitativi o quantitativi o basati su modelli matematici o dati epidemiologici o...).

Secondo le popolazioni interessate (sanitariamente, socialmente) acquista ulteriori caratteristiche «specifiche» e può coincidere/integrare/sostituire termini (certo tra loro *non* equivalenti) come vulnerabilità, marginalità, fragilità (vedi per questo i tanti possibili incroci nella figura 1.1). È divenuto tra l'altro uno dei termini – perfettamente non quantificabili, ma con valenza certa di diritto-normatività – che sono centrali nel bio-diritto, in tutte le sue forme, dalle situazioni di (dare) vita o di (vivere la propria) morte. Da notare che l'incrocio di questo ultimo contesto «generale», che rimanda alla «bioetica» o a visioni del mondo, ha implicazioni strettamente anche di pratica assistenziale: ad esempio, fino a quando «trattare», «assistere», quando la non-curabilità è certa, e bisogna scegliere tra il «nascondimento» dell'inutilità o l'illusione dell'assistenza? Ed il «comunicare»: toglie o garantisce l'autonomia di scelta delle persone [magari facendo entrare in campo la «probabilità» (v. sopra)]? E i medici che fanno: scelgono le cure «rimborsabili» o «rischiano» (individualmente? collegialmente? per deontologia: cioè in nome e per una autonomia responsabile?) di porsi in condizione di interpretare-ampliare-innovare l'ambito della fruizione dell'autonomia?

3. *Cittadini/Abitanti, Popolo/Popolazioni, Diritto/Diritti*. Le tre copie di parole sono state esplicitamente poste come cornice che guida e orienta la lettura della figura 1.1 in modo da essere quadro di riferimento per l'esercizio complessivo di apprendimento di un linguaggio che diventi:

- cultura scambiabile tra le realtà eterogenee che stanno dietro tutte le parole-chiave della figura 1.1, e ancor più dei loro incroci;
- pratica di operatori che sono attualmente reciprocamente e sostanzialmente stranieri/paralleli.

È essenziale ricordare che non c'è nulla di così lontano ed incommunicabile come ciò che, nel linguaggio «comune», appare, è usato, risuona come «intercambiabile». I termini singoli che compongono le coppie di parole corrono tutti di fatto questo rischio, anche se i loro significati, gli ambiti ed i criteri di applicazione possono coincidere con differenze estreme, e con altrettante estreme conseguenze. Il diritto è vuoto (anzi, peggio: è una presa in giro o una trappola) senza diritti attribuibili. Due esempi assolutamente centrali del tempo che viviamo: le popolazioni oggetto di indagini epidemiologiche globali che quantificano i carichi di malattia, e li rapportano a variabili macroeconomiche, possono (e di fatto producono il risultato di) nascondere-negare i popoli reali che sono i soggetti concreti (rispetto ai quali il diritto deve essere «rendicontabile») di welfare e di diritti; ed il conflitto (giuridico, politico, culturale) sui titolari e l'estensione della cittadinanza per gli umani abitanti della stessa terra definisce in termini sempre più drammatici la storia quotidiana delle migrazioni.

PER UNA PARTECIPAZIONE CRITICA ALLA LETTURA-UTILIZZAZIONE DI QUESTO TESTO

La densità degli interrogativi posti nei paragrafi precedenti corrisponde a quello che ci si deve aspettare da un protocollo di ricerca non su un farmaco, un intervento o un'idea, ma sulla possibilità di far dialogare competenze e attori, che condividono ipotesi comuni, e accettano insieme le regole per verificarle-praticarle con l'obiettivo di:

- rendere visibili e leggibili realtà che non sono riconosciute o descritte come «proprie» dalle singole discipline scientifiche e/o dai comparti assistenziali dominanti;

- creare condizioni concettuali e culturali affinché i cittadini che abitano queste realtà possano prendere la parola, come soggetti-protagonisti, al di là dei ruoli loro assegnati di essere «oggetto» di interesse e/o di intervento;
- accettare in modo esplicito, e perciò “controllabile”, incertezza e ambivalenza delle definizioni come condizione metodologicamente imprescindibile per fornire indicazioni precise per interventi-assistenza;
- sviluppare strumenti-indicatori di misura, confronto, racconto che permettano di guardare a realtà che appaiono infinitamente distanti e diverse tra loro per contenuti e bisogni, come componente (potenziale, od obbligata) di uno stesso ambito di comprensione, ricerca, intervento dal punto di vista dei diritti di cittadinanza, e perciò anche di una EdC;
- fare della visibilità epidemiologica della dissociazione (ormai saldamente «evidence based») tra ciò che è dovuto, ciò che è attribuito, ciò che è fruibile, uno strumento di orientamento-verifica della capacità-possibilità di politiche disponibili a descriversi-valutarsi in termini di compliance con diritti (costituzionali, socioeconomici, di «ecologia umana»), e non principalmente con livelli finanziariamente «compatibili» di prestazioni erogate;
- promuovere-abituarsi alla provvisorietà delle «visioni d’insieme», così da definire progressivamente la rilevanza qualitativa dei problemi ed una loro mappatura che serva non solo a dare una dimensione al bisogno, ma a farsene carico in modo appropriato, e perciò ben differenziato;
- rendere visibile e praticabile il grado di «autonomia» dei soggetti come indicatore (principale, non occasionale) della «qualità» di un sistema di welfare (\neq da soddisfazione o simili; = possibilità \pm capacità di scelta/riconoscimento del [senso del]le prestazioni?).

A chi legge chiediamo di partecipare a questo percorso EdC: sentirsi-divenire membri del suo Laboratorio (LEC), per misurarsi-sperimentarsi con i suoi linguaggi diversi, non da visitatori curiosi, ma collaboratori corresponsabili. Chiediamo di verificare la «tenuta»

della metodologia di contaminazione, la capacità di associare a scenari che pongono in primo piano problemi di welfare e di cittadinanza strumenti di epidemiologia, non per riprodurre risultati di giustapposizione, ma per «vedere» se e quanto un lavoro che si vorrebbe sistematico e non aneddótico in questa direzione può avere spazio e senso.

Come per tutti i protocolli di ricerca, al grande interesse per l'ipotesi non possono corrispondere garanzie a priori di risultati positivi. Ciò che non è negoziabile, pretendendo di sperimentare-verificare linguaggi e pratiche di diritti e/di cittadinanza, è il dovere di trasparenza, di discussione e impegno a documentare puntualmente, strada facendo, tutti i risultati, quale che sia il loro grado di [in]successo.