



Outil Présantés: verso un nuovo equilibrio tra osservazione e intervento diretto

Matteo Fano, Carlotta Magnani

► To cite this version:

Matteo Fano, Carlotta Magnani. Outil Présantés: verso un nuovo equilibrio tra osservazione e intervento diretto. *Cambio. Rivista sulle Trasformazioni Sociali*, 2018, 8 (15), pp.61-72. 10.13128/cambio-22959 . hal-03200818

HAL Id: hal-03200818

<https://hal.science/hal-03200818>

Submitted on 16 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Monographic Section

Outil Présantés: verso un nuovo equilibrio tra osservazione e intervento diretto

MATTEO FANO, CARLOTTA MAGNANI

*EHESS - Centre Norbert Elias*E-mail: matteofano23@gmail.com; carlottamagnani1@gmail.com

Citation: M. Fano, C. Magnani (2018) Outil Présantés: verso un nuovo equilibrio tra osservazione e intervento diretto. *Cambio* Vol. 1, n. 15: 61-72. doi: 10.13128/cambio-22959

Copyright: © 2018 M. Fano, C. Magnani. This is an open access, peer-reviewed article published by Firenze University Press (<http://www.fupress.com/cambio>) and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Competing Interests: The Author(s) declare(s) no conflict of interest.

Abstract. This contribution retraces how the authors evolved their research approach on the homeless access to health-care system in the city of Marseille (France): from an applied anthropology project, whose aim was to build a knowledge base addressed to improve other professionals' innovative actions; to a collaborative approach in which anthropologists can get directly involved in the action by creating and coordinating a network of actors. We also want to describe how this participative project sets up an IT tool to improve health-care orientations for homeless people, and consequently become a way to establish a collaborative network between social and health low-threshold services in the city. Through the analysis of this project evolution, we want to examine both practical and theoretical implications of our approach, and the particular shift in the role of the researcher, who get more implicated in the action and on its possible future developments.

Keywords. Health-care access; Homeless; Collaborative research; Anthropology of health.

INTRODUZIONE

Scopo di questo articolo è presentare il percorso che ci ha portato dalla ricerca sul campo all'elaborazione di uno strumento informatico di orientamento sanitario e alla strutturazione di una piattaforma collaborativa tra i servizi socio-sanitari di bassa soglia a Marsiglia.

L'idea di questo strumento è il frutto di diverse esperienze di ricerca-azione sulle determinanti sociali della salute, condotte a Marsiglia negli ultimi cinque anni sotto la coordinazione del dott. C. Farnarier e la direzione scientifica del prof. Y. Jaffré. Due in particolare, TREPSAM (2013-2015) e PRESANTÉS (2016-2018)¹, hanno fornito un vasto corpus etnografico

¹ TREPSAM : TRajectoire Et Parcours de soins des Sans Abri à Marseille; PRESANTÉS: PREcarité- SANTES.

sulle traiettorie di cura di persone senzate: sia riguardo alle logiche d'azione degli utenti, che ai servizi disponibili e alle pratiche degli operatori che vi lavorano. Sulla base di queste osservazioni abbiamo riscontrato che la cattiva circolazione delle informazioni sul funzionamento del sistema socio-sanitario rappresenta un ostacolo maggiore ad una presa in carico precoce ed efficace.

Così, a metà 2017 è nata l'idea dell'“Outil Présantés”: uno strumento digitale e interattivo che, a partire da un numero variabile di criteri, consigliasse le strutture di cura più pertinenti per ogni caso specifico. A tal scopo era necessaria l'implicazione diretta degli attori di prima linea: tanto per la sua elaborazione (definizione di forma e contenuti), quanto per la sua realizzazione (ricerca di finanziamenti, patrocini e collaborazioni), che per il suo funzionamento (verifica di correttezza, pertinenza e aggiornamento delle informazioni). Di conseguenza il progetto ha finito per rappresentare l'opportunità di strutturare una nuova piattaforma di collaborazione tra le differenti realtà territoriali di assistenza socio-sanitaria, nonché tra queste e la ricerca antropologica. Ne è emerso un modello d'intervento basato sul «working, learning, and moving toward positive social change together» (Wali 2006: 6), che, nell'intenzione dei partecipanti, potrebbe allargarsi ad altri ambiti (alloggio, alimentazione, etc.) e diffondersi in altre zone geografiche.

Lo scopo di questo contributo è riflettere su come, a ogni fase di sviluppo del progetto, che è ancora in corso, sia corrisposta un'evoluzione dell'equilibrio tra osservazione e azione, nonché sui limiti che hanno caratterizzato il nostro approccio. Siamo partiti da una ricerca commissionata dalle istituzioni di salute pubblica al fine di produrre una conoscenza sulla cui base altri potessero progettare interventi concreti. In seguito, grazie ai risultati ottenuti, ne abbiamo negoziata una seconda, questa volta definendo metodologia, oggetto e scopi più in linea con l'epistemologia e la deontologia antropologica, oltre che con la nostra etica. Questa nuova forma di ricerca-azione era caratterizzata, oltre che dall'integrazione degli operatori nel processo di ricerca, dalla nostra implicazione diretta nelle traiettorie di cura dei malati.

Questo nuovo posizionamento “all'interno dell'azione” ha permesso una nuova conoscenza di tipo esperienziale che ha determinato un ulteriore slittamento verso l'azione, portandoci a proporre e sviluppare in prima persona degli interventi diretti ai problemi individuati. Lo strumento qui presentato, l'“Outil Présantés”, ne è un esempio. Tuttavia, la battuta d'arresto subita dal questo progetto una volta presentato alle istituzioni, ci ha portato a riflettere sul ruolo di tali attori, che non avevamo adeguatamente problematizzato e che, a causa della loro apparente lontananza dal campo, non avevamo integrato alla ricerca. Questa, infatti, si è evoluta in reazione alle circostanze contingenti incontrate quotidianamente, cioè alla nostra relazione con operatori di prima linea e pazienti².

TRA RICERCA E AZIONE: L'INFLUENZA DELLA METODOLOGIA

Il primo contatto con il terreno è stata la ricerca TREPSAM, commissionata dall'AP-HM, finanziata dall'ARS-PACA e patrocinata CNRS (UMI-3189)³, con l'obiettivo di comprendere le logiche che sottendono i comportamenti dei senza-tetto in reazione a degli eventi patologici. Questi infatti, appaiono irrazionali e imprevedibili agli occhi delle istituzioni di salute pubblica, poiché resistono alle loro strategie, volte a garantire l'universalità dell'accesso alle cure tramite strutture medico-sociali e amministrative specifiche che, oltre a garantire l'assistenza medica immediata, dovrebbero mediare l'integrazione del soggetto nel sistema generale di assistenza. Dato che nella pratica tale articolazione spesso non avviene, le strutture di bassa soglia finiscono con il costituire un sistema parallelo ed accogliere un'utenza più ampia di quella preconizzata. Questo determina difficoltà di gestione che aumentano i costi e pregiudicano la presa in carico di questa popolazione, che continua ad essere “più malata e meno curata”.

Lo scopo della committenza, composta da professionisti del settore medico e amministrativo, era di ottenere dei risultati semi-quantitativi e standardizzati, utilizzabili per la progettazione di interventi di salute pubblica. In

² Il termine “paziente” è inteso nel suo senso etimologico: dal latino “patiens”, “colui che soffre”.

³ AP-HM : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille; ARS-PACA: Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côtes d'Azur; CNRS (UMI-3189): Centre Nationale de la Recherche Scientifique (Unité Mixte Internationale-3189 : Environnement Santé Société).

quest'ottica, il compito affidatoci consisteva nell'interrogare le persone sullo svolgimento di episodi patologici del passato tramite questionari a risposte chiuse. Tuttavia, consci che la comprensione dei comportamenti non può prescindere dall'accesso all'euristica di soggetti situati, abbiamo negoziato un ampliamento del programma di ricerca, in modo da approfondire le risposte degli informatori, prendendone in conto il contesto di vita.

L'approccio qualitativo ha aperto nuove e più interessanti piste di ricerca, convincendo i finanziatori a sovvenzionare un ritorno sul campo, questa volta con più libertà nella scelta della metodologia: tale ricerca, denominata PRE-SANTÉS⁴, aveva l'obiettivo di osservare le traiettorie (Strauss 1992) di malattia e cura nel loro svolgersi. A tale scopo, abbiamo dato vita ad una collaborazione sempre più stretta con gli operatori: da una parte, attraverso l'organizzazione di incontri collettivi finalizzati a riflettere sugli sviluppi della ricerca, noi abbiamo integrato loro nel processo conoscitivo; dall'altra, poiché la nostra presenza a fianco degli attori nel corso dell'azione ci rendeva potenzialmente "sfruttabili" per sopperire alla cronica mancanza di risorse, loro hanno integrato noi come agenti attivi nelle traiettorie di cura.

Tale cambiamento di ruolo e posizionamento sul terreno ha implicato una nuova prospettiva d'osservazione che ha permesso di comprendere le traiettorie di cura non solo come risultato di condizioni socio-economiche e/o di status giuridico-amministrativi particolari, ma anche come esperienze incorporate di «essere-nel-mondo»⁵ (Willen 2007), mediate dalle interazioni tra i diversi attori e inserite nella più ampia cornice della vita di un individuo. Infatti, le logiche di azione non venivano solo ricostruite tramite l'osservazione, ma elaborate, negoziate e attuate in collaborazione con il ricercatore. Questo ha significato affrontare a fianco degli attori le difficoltà di accesso al sistema di cura, quindi sperimentare in prima persona la frustrazione davanti all'ennesima porta chiusa a causa di un orario mal comunicato o di una perturbazione occasionale del servizio; la rabbia di fronte a una risposta scortese o a un rifiuto percepito come ingiusto; la sensazione di sopraffazione per l'accumularsi di mille piccole difficoltà, etc.

La dimensione emozionale, centrale per comprendere i comportamenti degli attori, si è rivelata fondamentale per immaginare possibili interventi, in quanto, come scrivono Bodini (et alii 2016: 143),

i movimenti trasformativi che coinvolgono i/le professionisti/e richiedono tanto conoscenze teoriche, quanto un processo di soggettivazione che permetta il riposizionamento del soggetto rispetto al contesto d'azione, e che il vissuto e le pratiche quotidiane costituiscono la principale fonte di sapere e conoscenza da cui partire per agire sul cambiamento.

Il maggior investimento emotivo e relazionale con gli attori di campo, unito alla pressione esercitata dall'urgenza dei casi specifici, ci ha portato a concentrarci sul terreno come spazio di azione pratica. Tuttavia, a ciò non è corrisposta un'adeguata riflessione su come i nuovi scopi della missione avrebbero influito sulla relazione con gli attori istituzionali.

I RISULTATI DELLE RICERCHE

I dati raccolti nel corso delle due ricerche hanno messo in luce che il funzionamento del sistema di presa in carico non corrisponde al modello ufficiale di organizzazione. Questo prevede che ogni servizio intervenga su una popolazione specifica (identificata dallo status amministrativo, dalla situazione sanitaria, dal sesso, etc.), in modo da garantire la risposta più adeguata e fluidificare l'accesso alle cure. Tuttavia sul campo, spesso, questo schema viene disatteso e si generano ritardi, incomprensioni e interruzioni del percorso terapeutico.

Questo scarto è il prodotto di numerosi fattori concomitanti, tra cui spicca la configurazione instabile del sistema, costituito da strutture e servizi che aprono, chiudono e si evolvono rapidamente, spesso in modo scoordinato. Tale instabilità, in primo luogo, dipende dall'incostanza delle risorse economiche, stanziare in funzione delle configurazioni politiche contingenti; in secondo, rispecchia la frequenza del turn-over dei vertici e/o degli operatori, reso strutturale dalla durezza del contesto di esercizio, associata a condizioni contrattuali precarie e poco valoriz-

⁴ Questa ricerca è stata finanziata sia dall'ARS-PACA che da una fondazione privata Solimut Mutuelle de France. Inoltre, ha ricevuto il sostegno attivo dell'Hôpital Européen di Marsiglia

⁵ "Being-in-the-world", tradotto a cura degli autori.

zate, sia economicamente che socialmente. Il che rischia di determinare la presenza in posti chiave di un personale, sottoqualificato e/o poco motivato.

Un terzo fattore di instabilità riguarda la temporalità d'“urgenza” che caratterizza il lavoro nel campo dell'assistenza (Gardella 2016) e dell'azione “umanitaria” nelle sue diverse declinazioni, a partire dai campi profughi (Agier 2013). Nel contesto preso in esame, la cronicizzazione di tale regime temporale è legata alla sovra-sollecitazione cui sono sottoposti alcuni servizi, associata alla pressione di vincoli e/o necessità che vanno al di là dell'influenza degli attori ma sono, ad esempio, attinenti alle politiche burocratiche che regolano l'accesso ai servizi o ai tempi di decorso di una malattia. Questa situazione esercita un impatto negativo sia sul vissuto degli operatori che dell'utenza, in quanto contribuisce a erigere il “provvisorio” come norma temporale di regolazione della povertà e alimenta l'esperienza di « *fractionnement social* »⁶, generando una sensazione di discontinuità dell'esistenza (Gardella 2016: 245).

Infine, ogni attore, oltre ad avere una conoscenza del sistema legata alla propria esperienza personale, è portatore di esigenze e ordini di priorità particolari.

In tali condizioni, ognuno cerca di adattare le norme ufficiali in vigore alle proprie esigenze e, per quanto possibile, di sistematizzare tali tattiche che, in funzione della loro relativa efficacia e dell'assenza (vera o presunta) di alternative, tendono a diventare routine operazionali (Fano 2012) e, a volte, entrare nell'uso come norme pratiche (Olivier de Sardan 2008a), più o meno condivise. Tali bricolage tattici (De Certeau 1980) funzionano, il più delle volte, al di fuori delle “regole del sistema”, quando non contro di esse: sono infatti legati all'iniziativa di singoli individui, che mettono in moto le proprie risorse e relazioni personali per raggiungere scopi particolari.

Tuttavia, la reciproca opacità degli scopi e dei modi operandi può impedire l'armonizzazione delle azioni dei vari attori, che rischiano alle volte di ostacolarsi l'un l'altro. Ad esempio, una donna senz'altro affetta da epatite C ha interrotto il trattamento in quanto la vita di strada non le consentiva di gestirne gli effetti secondari. Ha preso questa decisione da sola, all'oscuro dell'esistenza di strutture che alloggiano il malato per la durata della terapia. Inoltre, rispettando le supposte aree di competenza: non aveva ritenuto pertinente comunicare il problema medico al suo assistente sociale, né il fatto che fosse senz'altro al suo medico. I due professionisti non essendo in contatto tra loro, non sono stati in grado di prendere in considerazione la soluzione più appropriata.

Ne consegue che le relazioni tra i servizi non riescono costituire un sistema organico, ma si configurano come una costellazione di realtà piuttosto frammentate e isolate.

Il disagio generato da questa disorganizzazione è aggravato dalle condizioni di vita dei pazienti che, in assenza di risorse, sono totalmente dipendenti dalle strutture di assistenza, i cui ritmi e condizioni di ammissione sono rigidi, vincolanti e spesso incompatibili tra loro o con le vite degli utenti. Questo accade a causa del carattere « *éclaté, et à certains égards baroques* »⁷ (Damon 2007: 92) del sistema di presa in carico sociale e sanitaria che, a causa dell'accumulazione di politiche e dispositivi particolaristi, risulta spesso incomprensibile e ingestibile. Così, di fronte a un imprevisto, il soddisfacimento di due o più esigenze può entrare in concorrenza, rendendo necessaria una scelta di priorità (Schwartz 1978). Nel nostro caso, è la stessa opportunità di ricorrere alle cure mediche ad esser valutata in funzione di un calcolo spesa-beneficio, nel quale entrano in gioco parametri che esulano dal problema di salute in sé: ad esempio, l'orario di una consultazione che si sovrappone a quello di distribuzione del pranzo; l'ansia per i controlli di documenti sul tragitto che dissuade dal recarsi dal medico; etc.

Il risultato è che l'insieme dei fattori finora descritti instaura un circolo vizioso, pregiudizievole per tutti gli attori coinvolti:

Per l'utenza, che vede il suo accesso alle cure ritardato e più complesso, con tutte le conseguenze che ne derivano sia a livello sanitario, che di sfiducia nei confronti delle istituzioni.

Per gli operatori di prima linea che, oltre al sovraccarico di lavoro, si sentono isolati e frustrati: in parte per l'impossibilità di agire efficacemente su alcune situazioni; in parte perché, in quanto interfaccia tra il sistema e gli utenti, vengono spesso accusati da questi ultimi dei malfunzionamenti, dei ritardi o delle norme legali contro cui, invece, spesso si battono.

⁶ “Frazionamento sociale”, trad. degli autori.

⁷ “Frammentato e per certi versi barocco”, trad. degli autori.

E infine anche per il sistema sanitario in generale, poiché prendere in carico il malato tardi, quando la sua patologia si è aggravata, ha un costo maggiore.

Tra i molteplici elementi che contribuiscono e al contempo si alimentano di questa situazione, ne abbiamo rilevato uno di natura estremamente pratica: la circolazione inefficace delle informazioni, tanto tra gli operatori che tra i pazienti. Infatti, le caratteristiche del sistema e le condizioni di lavoro o di vita degli attori, rendono difficile, quando si orienta o ci si orienta, tenere nel giusto conto le specificità delle diverse strutture, così come le evoluzioni e le perturbazioni eventuali a cui possono essere sottoposti i servizi.

D'altra parte, abbiamo anche individuato alcuni fattori che, all'interno di questa configurazione, favoriscono il ricorso alle cure, come la prossimità delle risorse medico-sociali (una persona tende a rivolgersi all'operatore più accessibile nell'immediato) e l'opportunità (ad esempio, cogliere l'occasione di un incontro col medico per esprimere altri problemi di salute, oltre a quello che ha motivato il ricorso).

LA GENESI DEL PROGETTO

Il passaggio da una "riflessione teorica in vista di soluzioni pratiche" alla loro progettazione ha preso forma in seguito a un gruppo di lavoro sulle difficoltà di coordinazione tra i pompieri⁸ e le strutture di prima linea nella presa in carico dei senzatetto. Il protocollo d'azione dei primi, infatti, prevede due sole possibilità: assistenza sul posto o trasporto in pronto soccorso. Tuttavia, la maggior parte di queste chiamate non riguarda problemi di competenza delle emergenze ospedaliere, perché le cause non sono strettamente mediche o non hanno un sufficiente grado d'urgenza, ma non possono nemmeno essere risolte sul posto. Allora, i pompieri si trovano a scegliere tra: ignorare, *de facto*, una situazione di sofferenza, lasciando sul posto la persona; o reagire in modo sproporzionato, trasportandola in pronto soccorso anche contro la sua volontà. Data la situazione, la sola alternativa possibile sarebbe di mettere gli equipaggi in grado di proporre delle orientazioni adatte al caso specifico. Per questo, però, dovrebbero avere a disposizione indicazioni complete, aggiornate e di facile accessibilità, cosa che i cataloghi esistenti, su supporto cartaceo, non possono fornire.

Si riproponeva, in sostanza, lo stesso problema di circolazione dell'informazione riscontrato tra le strutture di prima linea, il quale appariva sempre più chiaramente come una carenza strutturale. Così, a partire dall'analisi dei nostri dati di campo, della letteratura e dal vaglio di esperienze già in atto è nata l'idea di creare un supporto per smaterializzare l'informazione. Questo si sarebbe basato su quattro funzioni: orientamento sanitario, catalogo delle realtà operanti sul territorio, informazioni legali e amministrative, forum di discussione tra operatori. Una simile piattaforma avrebbe risolto almeno in parte il problema, garantendo uno spazio di stoccaggio virtualmente infinito, un formato portatile (smartphone) e un'interfaccia di rapida accessibilità e fruibilità.

Dunque, se con TREPSAM il lato applicativo della ricerca era rimasto nell'ambito della produzione di conoscenza critica di cui altri si sarebbero serviti, con PRESANTES abbiamo assunto una postura "partecipante" che, oltre ad essere integrata come strategia euristica, è servita come tattica *do ut des* per accedere al terreno. Inoltre, questa implicazione sempre più diretta nell'azione, ha portato a orientarci sempre più verso "l'intervento", cioè a slittare dal polo della conoscenza, che prevede la messa in discussione delle certezze, a quello della preconizzazione, che prevede la riduzione delle incertezze (Lyet 2011). Questo, dopo aver modificato la situazione e aver così prodotto altro materiale etnografico da analizzare, sarebbe a sua volta rientrato a pieno titolo nel processo di riflessività.

L'ORGANIZZAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE

Data la fluidità che caratterizza il sistema in cui, come abbiamo visto, sono frequenti i cambiamenti e le perturbazioni occasionali, un presupposto fondamentale per l'efficacia della piattaforma sarebbe stato l'aggiornamento in

⁸ In Francia, i pompieri assicurano il primo soccorso.

tempo utile delle informazioni, il che sarebbe stato possibile solo tramite l'implicazione diretta di ogni struttura nel gestire il proprio profilo, quindi la loro partecipazione attiva e sul lungo periodo. A tal fine, un approccio collaborativo ci è sembrato il più pertinente per portare avanti il progetto.

Questo ha comportato il nostro riposizionamento all'interno del campo di forze sul terreno: infatti tale postura richiede che l'antropologo ceda la posizione di centralità per assumere un ruolo di facilitatore (Lassiter 2005) delle relazioni tra i vari partecipanti, che negoziando su un piano di parità reciproca, co-costruiscono e co-gestiscono la ricerca, definendone metodi e scopi. Si trattava quindi di definire i partner e pensare a come strutturare la loro partecipazione in funzione dei rispettivi interessi e specificità (Les chercheurs ignorants, 2015). Così, sulla base della posizione occupata all'interno del sistema di cura, abbiamo definito tre gruppi da fare intervenire in differenti modi a differenti momenti del lavoro: gli attori istituzionali, coloro ai quali i servizi sono rivolti e gli operatori di prima linea.

Attori istituzionali

Il primo dei gruppi preso in considerazione è stato quello degli attori istituzionali. Questo non solo per trovare un inquadramento amministrativo e dei finanziamenti, ma anche per guidarci nella gestione politica ed economica dello sviluppo del progetto. Infatti, vista la complessità delle relazioni tra i dispositivi di bassa soglia a Marsiglia, influenzate anche da fattori e relazioni personali, abbiamo deciso di consultare preventivamente l'ARS-PACA che, in quanto organo di coordinazione dell'offerta sociosanitaria sul territorio, ha uno sguardo d'insieme sull'articolazione tra i vari servizi.

In questa sede, l'accoglienza è stata tiepida: in particolare, ci veniva opposta l'esistenza di strumenti informatici analoghi al nostro, già operazionali ed efficaci. Questa reazione ci ha sorpreso, in quanto lo strumento era stato pensato in un'ottica di complementarità tematica e territoriale, dopo aver passato al vaglio le piattaforme esistenti su scala locale e nazionale (piattaforme socio-medicali, social-tech)⁹. Le specificità della nostra proposta, riguardavano non solo i contenuti e l'interfaccia, ma anche il tipo di accessibilità (sito e applicazione con modalità off-line), i potenziali utilizzatori (utenti e operatori) e il modo di orientazione personalizzato ma anonimo (quindi senza l'invio di dati personali). Infine, la principale innovazione risiedeva nel funzionamento partecipativo.

In effetti, andando a verificare l'obiezione istituzionale presso gli attori di prima linea, abbiamo constatato che tali strumenti, qualora esistenti, erano: non aggiornati, non operativi, per lo più sconosciuti e mai utilizzati dagli operatori. A questo punto, invece di approfondire le ragioni della risposta istituzionale, l'abbiamo interpretata come conseguenza della loro distanza dal terreno, e abbiamo deciso di proseguire la riflessione sulla sua messa a punto senza coinvolgerli. Del resto, i nostri rapporti con questo gruppo di attori erano stati, fino ad allora, abbastanza distanti da permettere che, da una parte, ci sentissimo liberi di condurre la ricerca secondo i nostri standard ma, dall'altra, ci sfuggissero le loro dinamiche di funzionamento. Di conseguenza, mentre la contiguità e la collaborazione quotidiana sul terreno hanno permesso di fare evolvere la nostra relazione con il resto degli attori sul campo, la lontananza dalle istituzioni ha nascosto al nostro sguardo come il loro ruolo si sarebbe modificato in seguito allo sviluppo preso dal progetto di ricerca.

Pazienti

Per quanto riguarda i pazienti, le modalità della loro partecipazione dovevano tener conto dell'estrema eterogeneità della popolazione "senzatetto": non solo le biografie, gli status amministrativi e le condizioni di vita dei singo-

⁹ Qualche esempio: ROR: <https://www.ror-paca.fr/>; PTA: <https://www.paca.ars.sante.fr/articuler-et-faire-converger-les-services-dappui-la-coordination-autour-des-plateformes>; <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-dappui/pta>; Via-trajectoire: <https://viatrajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/>; Soliguide: <https://soliguide.fr/#!/>.

li sono molto diverse tra loro, ma manca anche quel senso dell'azione comune che permette agli operatori di prima linea, al di là dei fattori disgreganti sopra descritti, di riconoscersi come parte di un gruppo con un'identità e uno scopo condiviso. Pertanto, uno o più rappresentanti non avrebbero potuto farsi portatori di una sintesi delle istanze collettive, ma avrebbero veicolato dei punti di vista parziali e, quindi, potenzialmente fuorvianti.

In particolare, tra i criteri di selezione di tali eventuali "portavoce" avrebbe dovuto esserci, oltre alla comprensione della lingua, la capacità socio-comunicativa di partecipare a un workshop, prendendo la parola in mezzo a figure considerate "più autorevoli". Questo avrebbe necessariamente escluso una buona fetta di popolazione e implicato la sovra-rappresentazione di un'altra, tra l'altro, minoritaria.

D'altra parte, almeno in questa fase di progettazione, la partecipazione dei pazienti era già stata assicurata in modo efficace grazie agli strumenti della ricerca etnografica: quattro anni sul campo avevano fornito un corpus di informazioni abbastanza dettagliato da permettere di sintetizzare le esigenze di tale popolazione. Così, d'accordo con i partner di prima linea, abbiamo configurato due modi di partecipazione dei pazienti, in funzione dello stadio di sviluppo del progetto. In entrambi, avremmo fatto noi da interfaccia tra i due gruppi: inizialmente elaborando i dati già in nostro possesso e raccogliendone altri nel corso degli incontri sul campo; poi, una volta pronta la versione beta della piattaforma, monitorandone l'utilizzo effettivo da parte dei pazienti e raccogliendone critiche e suggerimenti.

Operatori di prima linea

Infine, il gruppo a cui sarebbero stati richiesti i maggiori sforzi di collaborazione ad ogni fase del progetto: gli operatori di prima linea. Fin dal primo incontro, organizzato per presentare l'idea e testare il grado d'interesse, le reazioni sono state entusiaste, non solo per l'utilità nell'affrontare un aspetto critico dell'offerta sanitaria. Questo infatti rispondeva all'esigenza di "fare rete" espressa da tempo dalle realtà operanti sul territorio ma mai risolta: i diversi tentativi intrapresi finora avevano generato molti gruppi di lavoro e riunioni inter-dispositivo a partecipazione variabile, senza però pervenire a strutturare una rete permanente e globale.

Così, rifacendoci ai presupposti dell'antropologia collaborativa, abbiamo lasciato che il progetto si sviluppasse sulla base delle necessità e delle motivazioni del gruppo di lavoro. Pertanto, l'obiettivo ha cominciato a trascendere la semplice produzione dello strumento, per orientarsi verso un processo di integrazione strutturale delle varie realtà implicate. Tale dinamica ha modificato la relazione tra obiettivo e metodo di lavoro: la piattaforma informatica è diventata anche il perno attorno a cui coagulare gli sforzi per creare una nuova rete di azione comune e coordinata al posto di un insieme di realtà frammentate e collegate da interconnessioni irregolari.

Subito ci è stata data la disponibilità a collaborare in gruppi di lavoro ma, dal momento che non tutte le strutture avevano le risorse per assicurare lo stesso grado di implicazione, l'argomento delle prime riunioni non è stato solo il perfezionamento dello strumento; ma anche l'organizzazione di una dinamica collaborativa che assicurasse un'uguale voce in capitolo a soggetti aventi possibilità e necessità diverse. Vista la difficoltà a coordinare le agende di un gruppo così ampio e la necessità di non iper-sollecitare le strutture, sono state previsti tre sistemi di partecipazione.

Innanzitutto, ogni struttura è stata invitata a inviare un delegato nel gruppo ristretto che avrebbe costituito il nucleo operativo propulsore, rappresentato l'interfaccia con le istituzioni, nonché funto da volano tra idee e suggerimenti del gruppo e la loro integrazione nel progetto. Inoltre, l'organizzazione di workshop tematici avrebbe permesso di discutere degli sviluppi con i rappresentanti di ogni struttura. Questi dibattiti "dal vivo" sarebbero stati fondamentali non solo per fare avanzare la riflessione, ma anche per dare un senso di gruppo che potesse federare le varie realtà partecipanti. L'intenzione era di organizzare incontri a cadenza mensile di almeno mezza giornata, per permettere la continuità della riflessione e consentire la qualità del dibattito. Tuttavia, l'ingente carico di lavoro delle strutture, così come l'eterogeneità dei loro modelli di organizzazione interna, rendevano improbabile la partecipazione costante di ognuna. Al fine di consentire a tutti di modulare la propria implicazione nel progetto in funzione delle energie disponibili, abbiamo organizzato anche una mailing list: al termine di ogni riunione del gruppo

ristretto o del workshop, sarebbe stato inviato un resoconto a tutte le strutture. Questo avrebbe permesso a ogni equipe di discuterne nei modi e nei tempi più congeniali e di restituire al resto del gruppo le proprie osservazioni.

LA PIATTAFORMA INFORMATICA “OUTIL PRESANTES”

Il progetto rielaborato con i partner mantiene la suddivisione in quattro funzioni. La principale è quella d'orientamento: selezionando alcuni parametri relativi alle caratteristiche della persona e della sua situazione (età, genere, problemi sanitari, situazione amministrativa, etc.), un algoritmo suggerisce le strutture più adatte, ordinandole in funzione della loro pertinenza. Del resto, lo scopo non è di sostituirsi alle procedure d'accompagnamento, ma valorizzare le competenze dell'operatore o del paziente fornendo un « *savoir pour agir* »¹⁰ (Gautellier 2002) per compiere la scelta più efficace.

A questo proposito, ogni soluzione rinvia ad una scheda descrittiva di orari, indirizzo, accessibilità, eventuali perturbazioni del servizio e/o altre caratteristiche che rendono tale struttura più o meno appropriata in un'ottica di presa in carico medico-sociale globale. Questa funzionalità permette, inoltre, di scegliere, tra le varie strutture proposte per il problema alla base del ricorso, quella che garantisce altri servizi pertinenti alla situazione del soggetto. In questo modo diventa possibile sfruttare il sopracitato fattore “all'occasione di” (vd. p.4): ad esempio, una persona in cerca di un medico di base per il suo raffreddore, potrà scegliere una struttura che proponga anche una consultazione ginecologica o sociale, o qualunque altro servizio possa essergli necessario. Inoltre si riuscirebbe a ridurre la circolazione di quei “falsi miti” che possono stabilirsi in seguito a orientazioni tra pari, quando per esempio una persona che ha beneficiato di un servizio in via eccezionale, lo interpreta come la regola e consiglia ad un conoscente di fare lo stesso.

Data l'alta frequenza osservata sul campo di tale dinamica tra pari, l'accessibilità dello strumento deve essere assicurata a prescindere dall'idioma e dal grado di alfabetizzazione dell'utilizzatore: pertanto l'interfaccia deve tener conto che gran parte della popolazione senza-tetto marsigliese è di origine straniera, e che molti non comprendono il francese, o lo comprendono in modo estremamente rudimentale. Tuttavia, la traduzione in un numero limitato di idiomi non avrebbe risolto il problema in modo soddisfacente: da una parte, perché non sarebbe possibile esaurire la varietà linguistica presente; dall'altra, perché gran parte della popolazione senza-tetto è, a vari gradi, analfabeta strumentale o funzionale anche nella sua lingua madre. Si è così deciso d'integrare il supporto scritto con pittogrammi per facilitare l'utilizzo autonomo dello strumento a coloro che hanno poca familiarità con la lingua scritta in generale o il linguaggio medico in particolare.

La piattaforma comprende altri due cataloghi in libero accesso: il primo raccoglie le schede descrittive delle strutture; il secondo dei link verso siti esterni, selezionati dal collettivo al fine di fornire informazioni verificate, chiare e precise sulla legislazione in vigore rispetto ad alcuni ambiti di pertinenza (accesso alle cure e alla casa, diritto dei migranti, etc.). Questo perché abbiamo constatato che si tratta di un campo di leggi complesso, “opaco” e soggetto a frequenti modifiche, in cui è difficile tenersi aggiornati, persino per gli operatori.

Infine, abbiamo previsto una sezione privata: un forum di discussione dei casi complessi, il cui accesso, limitato agli operatori, richiede la creazione di account specifici e la validazione collettiva. Queste precauzioni dovrebbero favorire la libertà di parola e permettere la permanenza in archivio dei casi discussi (mantenendo l'anonimato del paziente).

Per adeguare l'accessibilità dello strumento alle diverse situazioni di utilizzo, è stato pensato un doppio formato (sito internet e applicazione smartphone): il sito consentirebbe di sfruttare la piattaforma anche senza smartphone; l'applicazione garantirebbe l'utilizzo in strada (unità mobili, pompieri, utenti) e/o in assenza di rete.

Ogni struttura è invitata ad aggiornare direttamente la propria pagina, sebbene sia previsto anche un responsabile incaricato di contattare settimanalmente quelle che non hanno potuto.

La trasferibilità dello strumento risiede nella dinamica collaborativa, che ne definisce forma e contenuti specifici sulla base del contesto particolare. Inoltre, le fasi di programmazione e sperimentazione rappresenterebbero delle occasioni per validare le ipotesi (Tixier 2010) alla base del progetto e per alimentare nuova conoscenza.

¹⁰ “Un sapere finalizzato all'azione”, trad. degli autori.

CONCLUSIONI

Una volta accertata l'implicazione degli operatori di prima linea, rodato il sistema di partecipazione e precisate tanto le caratteristiche dello strumento quanto le fasi di sviluppo del progetto, si è posta la questione del finanziamento. Inizialmente il collettivo si è mostrato diffidente verso una sovvenzione statale, per timore che l'ingombrante burocrazia appesantisse la dinamica decisionale.

D'altra parte, altri elementi facevano da contrappeso a questi timori: innanzitutto, l'esclusione delle istituzioni rischiava di essere percepita come una presa di posizione politica, che avrebbe potuto provocare delle ripercussioni negative su progetti futuri, anche se slegati da questo. Inoltre, visto che i benefici auspicati (miglioramento della presa in carico per i pazienti, delle condizioni di lavoro per gli operatori, diminuzione dei costi per lo Stato) rientravano negli obiettivi dichiarati dall'ARS, ci sembrava logico sollecitarli. Così, complice la concomitante pubblicazione del loro bando per la promozione di azioni innovative nella riduzione delle disuguaglianze nel campo della salute, ci siamo decisi a tentare questa strada.

Nonostante si trattasse degli stessi attori istituzionali che si erano inizialmente mostrati scettici, sia noi che i partner eravamo molto fiduciosi: il progetto rispondeva perfettamente alle attese del bando; inoltre, la sua validità era attivamente sostenuta dagli attori di terreno e il costo relativamente modesto non sembrava rappresentare un ostacolo; infine, avevamo risposto alle obiezioni precedentemente espresse, sottolineando come la nostra piattaforma non sarebbe entrata in concorrenza ma sarebbe stata complementare a quelle esistenti.

La proposta è stata valutata come pertinente e degna di interesse ma, a grande sorpresa di tutti, il finanziamento è stato rifiutato contestando al progetto:

- Il costo troppo elevato.
- L'insufficiente partecipazione degli attori di terreno.
- La sua poca innovatività, dal momento che il supporto (applicazione o sito internet) non lo era.
- Il non aver ancora ingaggiato uno sviluppatore informatico, ma avere solo ipotesi di collaborazione.
- Infine, il fatto che il progetto sembrava "troppo concepito e gestito da ricercatori"¹¹.

Tali motivazioni sono state percepite come infondate e pretestuose dall'insieme del collettivo, che ha dunque sentito il bisogno di interrogarsi sulle reali ragioni di questa risposta. Per il momento, i dati non ci consentono di analizzare compiutamente tale questione, che rientra tra i nostri futuri obiettivi di ricerca. Possiamo, invece, ipotizzare le ragioni per cui la reazione dell'ARS ha colto tutti, noi e i partner, di sorpresa.

Questa battuta d'arresto ha manifestato la nostra incapacità di valutare la portata dello scarto tra la prospettiva degli attori sul terreno (operatori o utenti) e quella dei quadri amministrativi. Infatti, concentrati sullo svolgersi quotidiano delle traiettorie, non abbiamo affrontato il modo attraverso cui il livello amministrativo inserisce l'accesso alle cure per le popolazioni emarginate nel più ampio quadro sociale, politico ed economico, articolandolo con la politica regionale e nazionale. Le logiche che sottendono le scelte degli attori istituzionali sono state trascurate, subordinando la legittimità e pertinenza del loro punto di vista a quello degli attori di terreno: di fatto, li avevamo relegati a un ruolo defilato, stabilito "assiomaticamente" senza alcuna indagine etnografica come, invece, era stato per gli altri due gruppi.

Ciò è avvenuto perché il nostro obiettivo si è evoluto nel corso della ricerca in risposta agli stimoli provenienti dal terreno. Pertanto, come abbiamo accennato sopra, mentre la contiguità e la collaborazione quotidiana hanno permesso alla nostra relazione con il resto degli attori sul campo di evolversi, il posizionamento defilato delle istituzioni ha occultato come il loro ruolo si sarebbe modificato in funzione dello sviluppo preso dal progetto di ricerca. Infatti, il nostro obiettivo iniziale era di rendere conto semplicemente dello svolgimento delle traiettorie di cura, cioè di come gli attori di terreno si muovono all'interno dei quadri stabiliti dalle istituzioni socio-sanitarie, e non delle dinamiche che sottendono tali quadri. Di conseguenza, queste sono state ricostruite in seguito ed esclusivamente a partire dalla prospettiva degli operatori, che però, ne hanno una visione limitata all'influenza fattuale e

¹¹ Trad. degli autori : « Ce projet apparaît trop comme un projet porté et construit par des chercheurs ».

non dispongono degli strumenti né per chiarirne le dinamiche interne (Monceu 2003), né per comprenderne le poste in gioco.

Il rifiuto ha rivelato l'influenza di ordini di priorità differenti e a volte inconciliabili che, tuttavia, sono spesso occultati dalla dichiarazione di obiettivi programmatici comuni. Nel nostro caso, ad esempio, sebbene tutti gli attori (istituzionali o di terreno) dichiarassero di perseguire lo stesso obiettivo generale (che possiamo riassumere in: "migliorare la salute dei senzatetto"), nella pratica ognuno lo declinava in funzione della propria posizione e delle proprie convinzioni personali, giudicando in modo differente l'urgenza e la pertinenza di ogni iniziativa. Inoltre, alcuni interessi possono essere doppiamente dissimulati qualora considerati deontologicamente o tematicamente non legittimi, almeno a livello ufficiale (ad esempio: antipatie personali; avanzamenti di carriera; scelte politiche compiute a livelli più alti; etc.).

L'opacità delle dinamiche di funzionamento dei livelli amministrativi più alti ci ha indotto inoltre a trascurare eventuali vincoli che influiscono sulle loro effettive possibilità d'azione, ad esempio gli effetti di una transizione politica sulla quantità e distribuzione dei fondi erogati alle diverse iniziative. Questi bias di valutazione avrebbero potuto essere attenuati da una più attenta riflessione sui dati, dai quali si può dedurre come anche i committenti fanno parte di un sistema, quello di assistenza, che non è tanto governato da istituzioni totali (Goffman, 1968), ma da dispositivi disseminati in preda all'incertezza su loro effetti reali (Ion 2005; Ravon, Laval 2015, in Gardella 2016). In questo senso, la loro capacità di mettere in atto strategie di ampio respiro al posto di limitarsi a risposte tattiche (De Certeau 1980) non può essere data per scontata. Il risultato è stato che abbiamo ideato e proposto un intervento a livello sistemico, ma sulla base di un processo conoscitivo "encliqué"¹² (Olivier de Sardan 2008b), ovvero relativo a una sola parte di tale sistema.

Al contrario avremmo dovuto, in primo luogo, integrare fin da subito gli attori istituzionali come oggetto di studio, in quanto una ricerca-intervento non può prescindere dalle modalità di governo e di regolazione dei processi organizzativi (Grandori 1996 in Albano 2012). In secondo luogo, implicarli come "co-ricercatori" tanto quanto gli operatori di prima linea (Absil, Vandoorne 2009) e gli utenti. Questo approccio avrebbe favorito l'instaurarsi di una ottimale forma di comunicazione tra i due fronti (Colajanni 2014) nonché permesso di tessere una rete relazionale capace di coinvolgere e tenere assieme tutti gli attori sociali coinvolti nel progetto, aderendo così alla vocazione olistica caratterizzante del sapere antropologico (Severi 2016).

Questo insuccesso ci ha tuttavia indicato la direzione da prendere per il seguito: al fine di ricostruire una visione d'insieme che permetta di orchestrare gli scambi e lo sviluppo del progetto, è il nostro ruolo, in quanto antropologi, di porci come mediatori tra questi mondi normativi particolari, restituendo agli attori istituzionali lo status di soggetti situati, portatori di scopi, bisogni e vincoli legittimi, da integrare con quelli degli altri agenti sul campo. La lezione da cui siamo ripartiti è che nell'ottica di una « sociologia del possibile » capace immaginare un effettivo cambiamento (Gallino 2002) e di attuarlo concretamente è necessario essere vigilanti a non escludere dal processo conoscitivo le diverse istanze in gioco. Il rischio è di basare la propria azione su una visione parziale della problematica, a cui non può che conseguire un fallimento.

Infine, siamo consapevoli che l'opacità, la frammentazione e l'indeterminatezza del sistema preso in esame non siano legate esclusivamente a dei problemi locali e contingenti, in quanto sono riscontrate in altre ricerche svolte in altri ambiti e altri luoghi ma caratterizzati dalla presa in carico di popolazioni considerate vulnerabili (Altin, Sanò 2017). In questo senso, siamo coscienti che il progetto di applicazione sia un'innovazione che non mette in discussione il sistema (almeno nelle intenzioni immediate), ma fornisce agli attori uno strumento che permette di sollevare tale riflessione e, al contempo, di muoversi al suo interno in modo più efficace. Infatti, se a livello teorico è sicuramente necessario concettualizzare una critica più ampia a questo tipo di organizzazione, la posta in gioco ci porta a considerare che sia altrettanto indispensabile agire con ciò che la realtà attuale offre, assumendo il rischio di prestare il fianco a critiche di connivenza.

¹² "enclique" si riferisce all'accesso al campo, che avviene inevitabilmente tramite certa rete limitata di relazioni che influisce sull'accesso alle informazioni.

EPILOGO

Lo stato attuale della situazione è che, nonostante il supporto dei partner permetta al progetto di continuare a progredire, l'assenza di finanziamenti ne sta rallentando considerevolmente lo sviluppo. Il timore, allora, è che per effetto del fattore tempo, questo venga progressivamente retrocesso nella coda di lavoro delle varie strutture partecipanti, sostituito da altre priorità più immediatamente contingenti.

La ricerca dei finanziamenti rappresenta ancora un nodo maggiore su cui riflettere: infatti, dalla loro natura dipende l'entrata in gioco attori che, avendo un differente legame con il terreno, con il progetto e con il resto del gruppo, potrebbero avere un ordine di priorità diverso e eventualmente incompatibile. Una soluzione potrebbe essere di trovare un organismo finanziatore completamente estraneo al campo d'intervento: infatti, avendo interessi su piani differenti e legati da quelli degli altri partner (per esempio, un ritorno d'immagine, o la defiscalizzazione di una parte dei profitti, etc.), si rivelerebbe poco intrusivo rispetto alle scelte di fondo. Tuttavia si tratta ancora di un'ipotesi in fase di valutazione.

D'altra parte, il problema che ci si pone oggi non è semplicemente trovare i soldi per ingaggiare degli sviluppatori, ma evitare di ricommettere lo stesso errore compiuto con le istituzioni. Il rischio sarebbe di non garantire la piena integrazione dello sviluppatore informatico nel progetto: questo non abbisogna un semplice "tecnico-esecutore", ma qualcuno che apporti attivamente il proprio *savoir-faire* per pensare insieme al resto del gruppo su un piano di orizzontalità. Per raggiungere una simile livello di collaborazione, è necessario un lungo e difficile lavoro di comprensione reciproca tra ricercatore (portatore delle istanze del resto del gruppo) e progettista-sviluppatore (Tixier 2010). Ad esempio, proprio per questo motivo abbiamo abbandonato l'ipotesi degli Hackathon che, sebbene si siano mostrati utili in alcune esperienze in ambito internazionale, come Techfugees¹³, non sembrano corrispondere ai nostri bisogni.

La sfida all'oggi è di comprendere come dare vita a un dialogo che permetta di creare un'efficace articolazione tra i bisogni e gli obiettivi degli attori di prima linea (operatori e utenti), le strutture amministrative (con cui, indipendentemente dalle questioni economiche, si dovrà avere a che fare), i finanziatori e gli sviluppatori informatici. Altrimenti detto: come sviluppare la dinamica collaborativa e partecipativa che è il cuore del progetto e di cui, alla fine, la piattaforma informatica, non è che una delle possibili espressioni epifenomeniche.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Absil G., Vandoorne C. (2009), Utiliser une Recherche-Action comme étape d'une innovation, Poster per il congresso SFSP : APES-ULg, Nantes. URL: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/28219/1/ELE%20THE-MAT%20A-2886.pdf>.
- Agier M. (2013), Espaces et temps du gouvernement humanitaire, in «Pouvoirs», 1 (144), p. 113-123.
- Albano R. (2012), La ricerca-intervento, Bologna: TAO Digital Library. URL: <http://amsacta.unibo.it/3307/3/Albano-RicercaIntervento.pdf>.
- Altin R., Sanò G. (2017), Richiedenti asilo e sapere antropologico. Una introduzione, in «Antropologia Pubblica», 3 (1), p. 7-34.
- Bodini C., Cacciatore F., Ciannamè A., Maranini N., Riccio M. (2016) Appunti per una ricerca in salute. Presupposti teorici ed esperienze concrete per una funzione politica e trasformativa della produzione di conoscenza, in Severi I., Landi N. (a cura di) *Going Public. Percorsi di Antropologia politica in Italia*, Bologna: CIS - Dipartimento di Filosofia e Comunicazione.
- Colajanni A. (2014), Ricerca "pura" e "applicata". Antropologia teoretica e antropologia applicativa a un decennio dall'inizio del terzo millennio, in «DADA Rivista di Antropologia post-globale», 4 (2), p. 25-40.
- Damon J. (2007), Protection sociale et lutte contre l'exclusion. Regards critiques sur le "partenariat", in «Horizons stratégiques», 1 (3), p. 82-97.

¹³ <https://techfugees.com/>.

- De Certeau M. (1980), *L'invention du quotidien*, tome 1 : Arts de faire, Paris: Gallimard.
- Fano M. (2012), *L'immunisation contre le VHB : « pragmatique » de l'action vaccinale dans un centre prise en charge des addictions. Vers un engagement actif de l'anthropologie dans l'action de santé publique*, Mémoire de Master 2 sotto la direzione di Yannick Jaffré, Marseille: EHESS, Centre Norbert Elias.
- Fano M., Farnarier C., Magnani C., Jaffré Y. (2014), *Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille. Rapport de recherche final*, Marseille: ARS-PACA/APHM/UMI 3189.
- Gallino L. (2002), *Etica cognitiva e sociologia del possibile*, in «Quaderni di Sociologia. Verso la sociologia mondo. La lezione di Luciano Gallino», 70-71. URL: <http://journals.openedition.org/>.
- Gardella E. (2016), *Temporalités des services d'aide et des sans-abri dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social*, in «Sociologie», 3 (7), p. 243-260.
- Gautellier, C. (2002), *Nouvelles technologies et travail social*, «VST - Vie sociale et Traitements», 4 (76), p. 8-11.
- Goffman E. (1968), *Asiles*. Paris: Minuit.
- Lassiter L. E. (2005), *The Chicago Guide to Collaborative Ethnography*, Chicago: University of Chicago Press.
- Les chercheurs ignorants (2015), *Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance*, Paris: Presses de l'EHESS.
- Lyet P. (2011), *Traduction, transaction sociale et tiers intermédiaire dans les processus de collaboration de chercheurs et de praticiens dans le cadre de recherches-actions*, «Pensée plurielle», 3 (28), p. 49-67.
- Monceau G. (2003), *Pratiques socianalytiques et socio-clinique institutionnelle*, «L'Homme & la société», 1 (147), p. 11-33.
- Olivier de Sardan, J.P. (2008a), *A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique*, «Discussion Paper», 5, Londres: Africa Power and Politics Programme.
- Olivier de Sardan, J-P (2008b), *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant.
- Schwartz, B. (1978), *Queues, Priorities, and Social Process*, in «Social Psychology», 41 (1).
- Severi I. (2016), *Antropologia pubblica. Esperienze e riflessioni tra USA e Italia* in: Landi, N. et Severi, I. (a cura di) *Going public. Percorsi di antropologia pubblica in Italia*, Università di Bologna, dipartimento di filosofia e comunicazione, centro internazionale per la storia delle università e della scienza: Bologna.
- Strauss A. (testi riuniti da BASZANGER I.) (1992), *La Trame de la négociation*. Sociologie qualitative et interactionnisme, Paris: L'Harmattan.
- Tixier M. (2010) *Aloa : un outil de soutien social en ligne pour les aidants familiaux. Proposition d'une démarche d'analyse et de conception interdisciplinaire*. Tesi di dottorato, sotto la direzione di Lewkowicz, M. Université de Technologie de Troyes : Institut Charles Delaunay – UMR CNRS (6279). URL: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00599603>.
- Wali, A. (2006, ed.), *Collaborative Research: A Practical Introduction to Participatory Action Research (PAR) for Communities and Scholar*, Chicago: Field Museum.
- Willen, S. S. (2007), *Towards a Critical Phenomenology of 'Illegality': State Power, Criminalization, and Abjectivity among Undocumented Migrant Workers in Tel Aviv, Israel*, in «International Migration», 45 (3).