

BENEDETTO SARACENO

## DALLA «SOFFERENZA URBANA» ALLA CITTADINANZA DIFFUSA

Non una città senza diversi, ma una diversa città

*Parallelamente all'aumento massiccio del numero di abitanti delle aree urbane, si assiste, in questi anni, a un incremento altrettanto rilevante di fenomeni di «sofferenza» urbana: povertà, disagio psicologico e sociale di ogni tipo, violenza, insicurezza, ecc., interessano strati sempre più ampi di popolazione. La risposta all'emergere di questa sofferenza non può essere demandata alla buona volontà di singoli individui, ma deve fare appello a una nuova virtù della cittadinanza, intesa come affermazione e protezione formale dei diritti di ogni soggetto da parte della collettività e dell'opinione pubblica.*

Vorrei cominciare ricordando alcuni dati essenziali. Più della metà della popolazione mondiale vive in aree urbane. La popolazione urbana è cresciuta significativamente negli ultimi trent'anni: nel 1975 il 26% degli abitanti dell'Africa viveva in città, oggi sono il 39% e nel 2030 saranno il 63%; in Asia il salto sarà dal 29% al 64% e in Europa dal 66% al 79%.

Dunque il mondo si metropolizza. Lo *United nations population fund* (UNPF) stima che l'85% dell'aumento della popolazione mondiale nei prossimi 30 anni si verificherà in contesti urbani. La popolazione urbana nei paesi in via di sviluppo passerà da 2 miliardi nel 2000 a 4 miliardi nel 2030, mentre la popolazione generale del globo passerà da 6 a 8 miliardi. La crescita urbana sarà molto più marcata nelle città piccole rispetto alle megalopoli. Nel 1975 esistevano solo 5 città con più di 10 milioni di abitanti e nel 2015 le megalopoli saranno 23. Tuttavia nel 2015 ben 564 città avranno più di un milione di abitanti.

L'assenza di opportunità lavorative, l'isolamento sociale, la mutazione degli immaginari giovanili rendono le campagne sempre meno popolate e le città sempre più attrattive per i giovani. All'aumento massiccio della

popolazione urbana corrisponderà un declino (meno clamoroso) della popolazione rurale. La crescita della popolazione urbana, tuttavia, è determinata dalla migrazione ma soprattutto dall'aumento della popolazione già inurbata.

### Una distinzione sempre meno netta

La concentrazione urbana di individui ha dimostrato di essere una componente importante dello sviluppo economico (e per questo gli individui lasciano le campagne per la città), così come lo sviluppo economico ha mostrato di essere un potente determinante di agglomerazione urbana.

La città determina sviluppo e povertà al tempo stesso. La maggior parte delle città del

\* Le riflessioni che qui proponiamo sono state presentate nel corso del convegno internazionale «Città, sofferenze, salute mentale» (Milano, 13-14 dicembre 2007), in occasione della presentazione del Centro studi sulla sofferenza urbana (SOUQ). Nato dalla collaborazione fra la Casa della Carità di Milano e l'Organizzazione mondiale della sanità, il Centro studi si occupa dei fenomeni di sofferenza metropolitana, nell'intento di avviare esperienze di promozione di salute urbana.

mondo mostra una crescita della popolazione urbana povera. Ovviamente in misura minore nei paesi ad alto reddito rispetto a quelli a medio e basso reddito. Il 43% della popolazione urbana nei paesi in via di sviluppo vive in *slum*. Questa percentuale sale al 78% nei paesi a bassissimo reddito. Va notato che anche nei paesi sviluppati la povertà si concentra nelle aree urbane: la popolazione di poveri cresce più rapidamente in città di quanto cresca la popolazione di quella città. Ossia per ogni tre nuovi abitanti due sono poveri.

La povertà urbana si organizza per ubicazione topografica (*villas miseria*, *favelas*, *slum*, quartieri cosiddetti difficili o sensibili) e/o per aggregazione etnica (rom, immigrati illegali, immigrati legali ma di basso reddito). L'ubicazione topografica povera si caratterizza in misura diversa per la mancanza di servizi basilari (acqua, elettricità), abitazioni malsane, affollamento abitativo, impiantistica pericolosa, igiene abitativa scadente, insicurezza abitativa dovuta a illegalità, povertà nutrizionale, mancanza di servizi sanitari di prossimità, esclusione sociale, ghettizzazione, violenza.

Non è dunque strano che la povertà urbana sia uno dei maggiori fattori di rischio per la salute delle persone. Le malattie infettive sono prevalenti fra i poveri urbani dei paesi in via di sviluppo (per la mancanza di acqua, fogne, per la densità abitativa e la promiscuità), mentre le malattie non trasmissibili (diabete, obesità, ipertensione, tumori, asma) prevalgono fra i poveri urbani dei paesi sviluppati. Tuttavia va notato che questa distinzione è sempre meno netta (basti pensare all'aumento allarmante di forme resistenti di tubercolosi in città di paesi sviluppati come Milano) e si assiste a un ritorno di malattie infettive nei paesi sviluppati e alla comparsa di malattie non trasmissibili nei paesi in via di sviluppo. Restano da sempre trasversali a tutte le categorie di paesi l'uso di sostanze psicoattive (lecite e illecite) e la violenza domestica e giovanile.

I problemi di salute mentale e di salute più in generale saranno dunque sempre più problemi di salute (e sofferenza) «urbana».

La Banca mondiale e l'Organizzazione mondiale della salute (OMS) stimano che le malattie mentali rappresentino il 13% del carico totale di mortalità e disabilità generato da tutte le malattie. In altre parole, il contributo delle malattie mentali alla disabilità e mortalità globali è molto significativo (superiore al cancro o alle malattie cardiovascolari). Questi dati si riferiscono alle malattie mentali definite dalle classificazioni internazionali delle malattie e non tengono conto delle numerose condizioni di sofferenza psicologica e sociale generate dalla povertà, dalla violenza, dall'insicurezza e dall'abbandono nella infanzia e adolescenza, dalla emigrazione forzata, dalla esclusione e che colpiscono individui, famiglie e comunità.

Fra coloro che soffrono per una malattia mentale formalmente classificata e riconosciuta e coloro che soffrono per quelle «altre» condizioni di vulnerabilità psicosociale vi è tuttavia molto in comune: stigma, discriminazione, abbandono, violazione dei diritti. Inoltre entrambi i gruppi vivono in istituzioni: *definite*, visibili, ad alta densità come i manicomi, le carceri, i campi per rifugiati, oppure *indefinite*, invisibili, diffuse, a bassa densità, come le strade, le stazioni della metropolitana, le favelas, gli *slum*.

## La nazione degli uomini di Gerasa

Vi è permeabilità fra il primo gruppo, i malati psichiatrici, e gli «altri», che, per la natura e l'eterogeneità della loro sofferenza, non possono avere altro nome che *altri*. Alcuni anni fa Carlo Maria Martini ha commentato l'episodio dal Vangelo di Marco dove un uomo della città di Gerasa, dai comportamenti bizzarri e violenti, interrogato da Gesù che gli domanda il suo nome (*Mc* 5, 1-20), risponde: «Il mio nome è Legione perché siamo tanti». L'uomo di Gerasa non ha nome perché ha il nome collettivo della sofferenza e dell'esclusione.

Gli uni e gli altri sono tutti come l'uomo di Gerasa: il loro nome è *legione* perché sono tanti e non hanno individualità riconosciuta

(matti, poveri, rifugiati, immigrati): una «nazione» trasversale alle nazioni ufficiali dotate di nome, ove le sofferenze si incrociano, si confondono, si specializzano o si de-specializzano, ma non trovano risposte.

La città è lo spazio fisico dove la «nazione degli uomini di Gerasa» abita. La città chiama e attrae, la città nasconde, la città offre pieghe per sopravvivere, per nascondersi, per relazionarsi. Ma la città non promette né permette vera contiguità spaziale, ossia vicinanza vere, comunità umane (la città ha cessato da tempo di essere *comune* nell'accezione originaria della parola) e le persone vi coabitano e semmai si aggregano sempre più in contiguità gergali, in identità vere o apparenti di etnie, accomunate essenzialmente dalle esclusioni e spesso dalle illegalità.

La città produce sofferenze e malattie multiple e offre non-risposte oppure risposte frammentate e frammentanti. La città produce sofferenze e malattie collettive, cioè che colpiscono gruppi vulnerabili, e tuttavia tali sofferenze e malattie non sono riconosciute come inter-individuali: questo è un paradosso della città, che produce vulnerabilità collettive, ma nega la collettività della vulnerabilità e fornisce risposte pseudo-individuali in forme desoggettivanti, ossia che negano l'individualità. Dunque la città nega agli individui la loro dimensione collettiva di sofferenza e risponde agli individui negandone la soggettività.

Abbiamo invece bisogno di risposte in rete semplicemente perché le domande sono *in rete* e la negazione di questa semplice verità crea risposte unilaterali, falsamente lineari, verticali, separate, non trasparenti.

È la sofferenza delle persone che è in rete, perché è la realtà che è una rete di fattori di rischio ed è la *risposta* alla sofferenza che troppo spesso non è in rete. Ed è questo che crea le barriere e l'ineffettività delle risposte. Malattia fisica, malattia mentale, sofferenza psicologica, sofferenza sociale sono in realtà nodi di una rete complessa la cui ipersemplicificazione può essere forse un bisogno amministrativo, istituzionale, talvolta anche comprensibile, legittimo. Tuttavia la risposta, se

vuole essere una risposta «vera», deve limitare l'ipsemplicificazione, mantenere negli interventi le stesse connessioni che le domande propongono.

Una malattia è il risultato di un rischio, ma il rischio è talvolta anche un'altra malattia. Abuso di sostanze, depressione, violenza familiare, suicidio, ecc., sono eventi e condizioni in rete, nel senso che, ad esempio, i maschi alcolisti (che sono a rischio, in quanto alcolisti, di suicidio) sono anche spesso autori di violenze in famiglia. E le donne che subiscono la violenza domestica (da quei maschi alcolisti che magari si suicideranno) sono a rischio per una depressione grave. E poi qualcuno andrà anche con l'auto a morire o a far morire. Tutto questo è una rete e le risposte non possono essere separate e verticali, ma integrate e orizzontali.

---

## Per non morire d'identità

---

Il ruolo egemonico del modello bio-psico-medico, lineare, individualista, a-storico, permea e colonizza tutti i problemi del vivere: le malattie «aumentano» anche perché si chiamano *malattie* le sofferenze psicologiche e sociali. Il modello bio-psico-medico si appropria della sofferenza, la classifica, la frammenta e somministra risposte, una risposta per ogni domanda, e se la domanda non trova risposta sarà necessario ri-formulare la domanda cosicché non si formino gruppi di domande senza risposta.

Così si creano gruppi artificiali di domande che si combinano con gruppi artificiali di risposte: malati di AIDS, omosessuali, donne, adolescenti, bambini, ecc., diventano gruppi di domande da fare incontrare con risposte preformulate.

Ecco che si formano tribù separate di persone convinte della loro appartenenza alla loro rispettiva tribù. Tuttavia progressivamente vi è una tribù che scompare: quella del *noi*, ossia dei soggetti accomunati semplicemente dalla loro condizione di soggetti. Con la scomparsa dei soggetti riconosciuti semplicemente in

quanto uomini, donne, bambini, scompaiono i diritti. Restano le identità: immigrato, clandestino, rom, matto, povero, albanese, ecc.

Non si tratta di negare l'esistenza e la necessità delle identità: certamente le identità si formano anche a partire da un'urgenza di riconoscimento, dalla necessità di affermare una differenza: «Siamo donne e solo donne»; «Siamo neri e solo neri». Tale processo attraverso tappe storiche diverse e attraverso di esso si formano nuove conoscenze, si costruiscono nuovi linguaggi a partire dalla forza di un'identità. Certamente ogni processo di auto-identificazione ossia di costruzione di un'identità ne arricchisce i protagonisti.

Ma cosa succede quando l'identità costruita diviene prigioniera di se stessa, cessa di essere fonte di interazione e dialogo con gli altri e si limita ad autoaffermarsi soltanto per auto-riprodursi? Cosa succede quando gli individui sono *forzati* in una e solo un'identità? Se la loro identità non è il risultato di un orgoglioso progetto di autoriconoscimento, ma un vestito – l'unico che hanno – che la vita gli mette addosso?

I soggetti che riconoscono in sé un'identità *fra altre* sono ricchi, mentre quelli che vogliono o più spesso non possono che assumere una sola identità e di essa fanno, o sono costretti a fare, il loro marchio di riconoscimento sono fondamentalmente poveri, sono *fondamentalisti* nella loro povertà. Di un'identità unica si soffre o si muore o si fa soffrire o si uccide.

I governi, i partiti politici, le religioni, spesso promuovono le identità uniche costringendo o convincendo i loro cittadini a essere «solamente» musulmani o «solamente» serbi o «solamente» lombardi. Interessi economici possono fare lo stesso costringendo gruppi di individui a essere «solamente» portatori di una certa malattia e a rappresentarsi esclusivamente come «malati di...». Anche la disperazione e la miseria forzano i soggetti alle identità uniche: si diviene «solamente» clandestini o «solamente» immigrati o «solamente» matti e null'altro.

Il modello lineare psico-bio-medico non

tollera la complessità e favorisce le identità esclusive e separate: le donne maltrattate sono «casi» clinici individuali, così come i rifugiati diventano casi di stress post-traumatico. È certamente vero che ogni singola donna maltrattata può «anche» essere un caso clinico, così come ogni singolo rifugiato può «anche» essere un caso di stress post-traumatico, ma questa possibilità/identità si impadronisce del resto e non permette alle risposte di essere «anche» cliniche e non «solo» ed «esclusivamente» cliniche.

I soggetti non si percepiscono più e non sono più percepiti come persone complesse ma come rappresentanti di un'identità unica: non più uomini e donne ma hutu o tutsi, serbi o bosniaci, clandestini o legali. Viene a negarsi la ricchezza delle mille identità esistenti o potenziali dei soggetti, identità che *per fortuna* sono contraddittorie e generatrici di competenze multiple. Giorgio Agamben in *La comunità che viene* (Bollati Boringhieri, Torino 2001) suggerisce la possibilità che gli esseri umani, invece che continuare a cercare una propria identità, possano trasformarsi in «singolarità senza identità».

## L'utopia della città ospitale

Il processo di deistituzionalizzazione attivato da Franco Basaglia non è stato solamente il processo che ha posto fine allo scandalo del manicomio, ma anche il processo che ha inventato le tecnologie umane per la ricostruzione multi-identitaria di soggetti ridotti a una sola identità (lungodegenti dei manicomi). I cronici del manicomio erano e sono (dove il manicomio continua a esistere) «solamente» lungodegenti, tutti uguali come tanti uomini della città di Gerasa, tutti prigionieri di una sola identità.

### Riconoscere il senso che ciascuno produce.

La deistituzionalizzazione è la denominazione e la ristoricizzazione delle diversità, delle identità plurime, di modo che l'uomo di Gerasa cessi di chiamarsi Legione. L'istituzione (e non

solo quella manicomiale) teme la diversità, non tollera la differenza, teme l'estraneo, lo straniero, teme la corporeità e la sessualità, teme la produzione di senso perché *deve* impiegare tutte le proprie energie per autoriprodursi.

La nazione trasversale dei malati di mente, degli esclusi, dei fuggitivi, dei clandestini è costretta in campi, riserve, istituzioni sanitarie, carceri, diagnosi, aggregazioni sociali, gerghi, fatti in modo da bloccare le frontiere, gli scambi fra le persone, fra le culture, fra le canzoni, fra le storie e le loro follie. In Francia si chiamano *sans papier* ossia senza documenti, dunque illegali, coloro che immigrano dalla Europa dell'est, dall'Africa e dal Medio Oriente e si installano senza permessi nelle città.

Vi sono molti modi per essere un *sans papier*. Ci sono alcuni che le «carte» che concretamente e metaforicamente danno loro nome e identità le hanno, ma queste carte sono in un altro luogo, un luogo dove essi sono poveri e senza lavoro: *là* sono soggetti e *qui* cessano di esserlo.

Altri, invece, non hanno un *là* perché sono sempre stati *qui*, ma anche loro non hanno carte che li definiscano come soggetti perché non hanno identità ormai né qui né altrove. Ancora la nazione trasversale che ritorna con tutte le sue similarità. Ancora la città che nega la soggettività, disconosce il senso prodotto da coloro che sono solo portatori di identità forzate, esclusive.

Dunque, la prima tappa (ben nota a chi si pose il problema nei manicomi di ricostruire identità individuali) è quella del riconoscimento del senso prodotto da ciascuno: ciascuno è produttore di un senso e questa produzione umana ha il diritto di essere riconosciuta e dotata di dignità e rispetto.

La seconda tappa è quella del lavoro a che tale senso si esprima, si connetta ad altri, operi scambi affettivi e materiali, apprenda a interagire. Si tratta di adattamenti reciproci fra il soggetto e l'ambiente: soggetti più competenti e ambienti più tolleranti. È una dinamica di poteri che si acquisiscono, di contrattualità psicologiche e sociali, di diritti che cessano di essere negati. I protagonisti di questa dina-

mica urbana sono tutti: chi ostacola, chi sabotava, chi promuove, chi tollera, chi concede, chi si appropria, chi impara, chi impone. E in questa dinamica ci sono individui e istituzioni, pubblico e privato, interessi, impegni civili e oblatività.

**Una questione di governance.** Ma anche c'è, o dovrebbe esserci, la democrazia che ha bisogno di poteri pubblici che attivamente promuovono i diritti di cittadinanza per tutti i soggetti, che per il solo fatto di essere soggetti sono per definizione titolari dei diritti di cittadinanza.

La Commissione Oms sui determinanti sociali della salute è molto chiara su questo punto:

La promozione della salute urbana non è semplicemente una questione di interventi corretti o di risorse. La salute urbana dipende in grande misura dalla *governance*, ossia dalle istituzioni e dai processi attraverso cui una società è capace di gestire il corso degli eventi sociali.

Dunque la governance è, nella città, il modo in cui le istituzioni pubbliche e private sanno gestire la dinamica sociale della città stessa in maniera responsabile, capace e giusta. La nozione di *governance* è più complessa di quella di *governo*. In italiano potremmo dire che se il governo è la gestione della cosa pubblica, la governance è il buon governo della dinamica complessiva degli eventi. La governance è policentrica, decentrata, attribuisce poteri ad attori pubblici e privati, implica la società civile. Recita ancora la Commissione:

La governance implica partecipazione, onestà, trasparenza, coinvolgimento di tutti gli attori senza che nessuno, per minoritario o vulnerabile che esso sia, venga umiliato dalle regole messe in atto per governare.

La governance urbana è democrazia, è pianificazione partecipata dai più poveri e, recita ancora la Commissione, anche gli «illegali, essendo parte della città, devono essere parte della formulazione delle regole».

Una società è democratica quando, invece di normalizzare la diversità, diversifica la norma cogliendo la complessità dei bisogni e non avendo paura della diversità di essi. I soggetti, allora, si liberano dalla prigione identitaria

e la collettività si libera dalla paura della diversità: l'incontro costituisce il riconoscimento all'esclusione e alla sofferenza dello statuto di cittadinanza.

Tale processo richiede un lavoro doppio: dei soggetti e della collettività. Chi non ha una gamba ha bisogno di imparare a camminare con la protesi ma anche di una città senza barriere architettoniche, e questo presuppone il lavoro del soggetto e quello della città. La diversità e l'esclusione domandano di essere abilitate, ossia domandano protesi per camminare e regole nuove per poter camminare. Ma anche la città ha bisogno di essere abilitata con le protesi della partecipazione, dell'equità e dell'offerta di risposte adeguate.

**Dare luogo a una cittadinanza diffusa.** L'inclusione degli esclusi non è dunque l'apprendimento delle regole del gioco degli inclusi da parte degli esclusi, ma un mutamento delle regole del gioco. Dunque, non lavoriamo per una città senza diversi ma per una città diversa ove si incontrano e si sperimentano le diversità, i negozi che negano l'ozio, ove le identità si incontrano e si fanno deboli per dare luogo a una cittadinanza diffusa. La città «ospitale» permette la cittadinanza e la cittadinanza permette di non essere nella prigione delle mono-identità.

I diritti di cittadinanza sono ben più che i diritti «negativi» – non essere escluso, non essere oggetto di violenza, non essere abbandonato –, poiché a questi sommano i diritti «positivi» – essere ascoltato, accolto, riconosciuto nei propri bisogni. È molto probabile che il bisogno di appartenere a una e una sola identità sia una scelta forzata che deriva dal non avere cittadinanza, dal non essere veri cittadini della città. Nella misura in cui godiamo dei diritti di cittadinanza pieni e molteplici, non abbiamo bisogno di riconoscerli e farci riconoscere con un marchio piuttosto che con un altro perché la nostra soggettività e la nostra corporeità sono riconosciute come umane e ricche di bisogni.

Questa è l'utopia della città vivibile e ospitale. Non ho bisogno di essere prigioniero della

**i Geki**  
di Animazione Sociale  
PAGINE PER DISCUTERE

Franca Olivetti Manoukian

## **RE/IMMAGINARE IL LAVORO SOCIALE**

Appigli per una nuova progettualità

pp. 96 - f.to 13 x 21 - € 7,00

*Se è vero che stanno cambiando le condizioni sociali in cui la funzione dei servizi è stata pensata, avviata, istituita, come può essere mantenuta una funzione che è vitale per la società, che è cruciale per la qualità della convivenza sociale?*

Eugène Enriquez

## **PER UN'ETICA DEL LAVORO SOCIALE**

Orientamenti per l'azione

pp. 72 - f.to 13 x 21 - € 5,00

*Spesso l'operatore teme che l'etica possa essere un ostacolo al proprio lavoro. Ma come può decidere quello che è giusto, in situazioni sempre singolari e contingenti, se non ha potuto o saputo riflettere su ciò che per lui rappresenta il "bene"?*

R. Camarlinghi,  
F. d'Angella (a cura di)

## **POSSIAMO ANCORA CAMBIARE?**

Il lavoro sociale in un tempo di vulnerabilità

pp. 96 - f.to 13 x 21 - € 8,00

*La questione del cambiamento costituisce il nucleo centrale, quasi decisivo, di ogni azione sociale. Da alcuni anni, tuttavia, si ha la sensazione che su questa parola si faccia fatica a interrogarsi. Quale nuova visione di cambiamento possiamo oggi formulare?*

## **PER ORDINARE "I GEKI"**

Ufficio abbonamenti: tel. 011 3841046 -  
e-mail: abbonamenti@gruppoabele.org

mia identità unica di *ultrà* della curva dello stadio (identità che mi illudo di avere scelto) né sono prigioniero della mia identità di immigrante clandestino (che non ho scelto), perché posso essere tante diverse identità: padre/madre, marito/moglie, lavoratore/lavoratrice, cristiano o musulmano, matto o altro, ma *mai solamente* una sola di queste identità. E, ahimè, gli *ultrà* sono pronti a scontrarsi con gli immigrati perché entrambi sono portatori della stessa dolorosa povertà, ossia quella di essere prigionieri e ostaggi della città invece che esserne cittadini.

## Tolleranza come etica dell'accesso

La tolleranza, intesa come sforzo morale di accettazione di ciò che è diverso, è il paradigma che ci accompagna dall'Illuminismo: «Non sono assolutamente d'accordo con quello che dite voi, ma mi batterò fino alla morte perché possiate continuare a dirlo», si dice abbia detto Voltaire. Dunque uno sforzo morale della maggioranza per accettare la minoranza fu propugnato da una minoranza di uomini di buona volontà.

Oggi nella città contemporanea si tratta non solo di tolleranza da parte di ciascuno ma anche di affermazione e protezione formale dei diritti da parte della collettività e dei poteri pubblici. La cittadinanza è la forma contemporanea della tolleranza, non più dinamica nobile fra individui di buona volontà, bensì certezza del diritto, corpo di leggi, di garanzie e istituzioni che definiscono una nuova etica pubblica secondo cui i soggetti in quanto tali hanno diritto ad accedere alle risposte appropriate ai loro bisogni.

Tolleranza, dunque, come *etica dell'accesso* alle opportunità affettive e materiali: ai servizi sanitari, alle opportunità lavorative, alla casa, ma anche all'ascolto, all'accoglienza, allo scambio; certezza del diritto e anche tenerezza dell'umano.

Ecco, allora, che diventa necessario esaminare e comprendere il nuovo paradigma secondo cui:

- ☐ le sofferenze sono intersecate fra loro;
- ☐ le sofferenze sono metaindividuali;
- ☐ le risposte sono frammentate, frammentanti;
- ☐ non c'è salute/benessere senza diritti;
- ☐ privato e pubblico insieme e o separatamente possono contribuire a città invivibili e inospitali o il contrario;

☐ tutto ciò avviene a Milano e a Bombay, a Los Angeles e a Jakarta, ossia non c'è un Nord e un Sud del mondo con problemi diversi, ma ogni Nord, ovunque esso sia geograficamente collocato, ha il proprio Sud;

☐ è necessaria una pratica della complessità che si caratterizzi non solo per la virtù illuminata e illuminista della tolleranza, ma anche per la nuova virtù della cittadinanza, che trascende la virtù individuale e costruisce la virtù della città e non solo quella dei singoli cittadini.

Sappiamo che tutto questo è vero a Milano, a Berlino e a Londra, ma anche a Bombay, a Jakarta e a Lagos. Ossia, abbiamo buoni motivi per ritenere che la frontiera non sia più tanto fra Nord e Sud del mondo (accezione simbolica per definire ricchi e poveri), ma che passi trasversalmente attraverso i Nord e i Sud e gli Est e gli Ovest, «internamente» alle grandi metropoli.

Dunque, esperienze di città mortifere e negatrici dei diritti sono ubiquitarie, ma ubiquitarie sono anche le «storie» di coloro che lavorano perché le città siano abitabili, siano ospitali, siano luoghi di affermazione dei diritti e non solo spazi di negazione di essi. Storie, esperienze, gruppi che anche essi costituiscono una nazione trasversale di impavidi costruttori di speranza. Vorremmo essere una «antenna» che fluttua nel cielo e manda e riceve messaggi per questa nazione trasversale.

Benedetto Saraceno - direttore del Dipartimento di salute mentale - Organizzazione mondiale della salute - Ginevra - e-mail: saracenob@who.int