

IL DISASTRO E L'INTERRUZIONE DEGLI STILI DI VITA

Salute alimentare nel dopo terremoto del centro Italia

di Serena Caroselli e Marilyn Mantineo Università degli Studi di Genova

Abstract

Il contributo ha l'obiettivo di fornire un'analisi sulla salute alimentare delle popolazioni dell'Appennino centrale interessate dagli eventi sismici del 2016/2017. Nello specifico, sono esplorati gli effetti delle trasformazioni degli stili di vita degli abitanti dei comuni di Amatrice ed Accumoli nel periodo successivo all'evento. All'indomani delle prime scosse lo scenario delineato dalle politiche emergenziali vede una parte di popolazione permanere sui territori colpiti e la restante porzione allontanata dai luoghi di residenza e trasferita sulla costa. Il presente studio porta alla luce come lo stravolgimento del vissuto generato dall'evento del disastro, ma anche le modalità istituzionali di gestione e assistenza della popolazione, si pongano alla base di una rottura delle pratiche di vita quotidiana e delle abitudini nutrizionali precedenti, determinando una diffusa percezione di malessere da parte degli abitanti che viene presa in carico dagli esperti impegnati nei servizi socio-territoriali.

key words: disaster research; food patterns to health, public health, lifestyle, health and social safeguards, emergency intervention.

parole chiave: disastri; salute alimentare; salute pubblica, stili di vita, presidi socio-sanitari, intervento emergenziale.

• Introduzione al tema

Nell'ambito delle scienze sociali è ormai diffusa la consapevolezza che i disastri – categoria estremamente ampia che raccoglie, di fatto, fenomeni tra loro molto differenti sia per dimensioni che per caratteri – siano eventi sociali e culturali, osservabili nel tempo e nello spazio (Quarantelli – Wenger, 1978) e che in quanto tali debbano essere compresi in funzione dello specifico contesto locale storico, politico e sociale.

Le situazioni di estrema crisi che seguono un sisma, un'esplosione o un'alluvione sono, infatti, rivelatrici di dinamiche più profonde, proprie di ogni territorio, che mostrano quanto un disastro, al di là della mera misurazione fisica, chiami in causa l'organizzazione sociale nel suo complesso.

L'insorgere di un ramificato *monde de l'urgence* (Revet, 2009) sembra aver rafforzato, via via, le politiche pubbliche indirizzate verso tale ambito e la progressiva dilatazione degli spazi di intervento da parte di organizzazioni e agenzie governative.

All'interno dell'ampio dibattito che ha animato la *disaster research* nell'ultimo ventennio sono diversi gli studi che hanno rilevato come le situazioni di emergenza, innescate dalle catastrofi, si configurino come il motore di un'economia dell'intervento umanitario (Klein, 2007; Benadusi, 2011), che si alimenta dei corpi delle vittime ai fini della riproduzione di politiche le cui modalità tipiche si presentano come slegate dalle normali procedure burocratiche di controllo.

Nell'ambito degli interventi emergenziali adottati dai soccorritori - siano essi governativi, non governativi o privati – e dai decisori locali e nazionali il soddisfacimento dei bisogni sanitari, di nutrimento e ricovero

viene identificato come ambito prioritario e immediato di intervento, attraverso un meccanismo di presa in carico della “nuda vita” (Agamben, 1995).

L’attenzione verso i corpi sofferenti e da salvare, emerge come modalità storica di costruzione di rapporti di potere, effetto di specifiche strategie di controllo centralizzate (Fassin, 2000; 2001) che, particolarmente nelle primissime ore e giorni dall’evento calamitoso, vedono nel soddisfacimento dei bisogni biologici un ambito privilegiato di intervento.

A partire dal terremoto di Umbria e Abruzzo del 1997 e ancor più con quello dell’Aquila del 2009 (Ripoll et.al. 2016) gli studi epidemiologici sul post-sisma hanno rilevato che oltre alle vittime e ai feriti immediatamente coinvolti, un disastro produce effetti indiretti e a medio-lungo termine sulla salute, legati alla distruzione delle infrastrutture pubbliche sanitarie e alla perdita del supporto sociale e delle normali condizioni di vita. È in questa cornice che la Sindrome Post Traumatica da Stress (PTSD) è emersa come categoria diagnostica centrale per il monitoraggio degli effetti dell’evento traumatico sul benessere individuale e sociale delle vittime.

Una crescente presenza di psicologi e psichiatri dell’emergenza nei teatri di disastri e catastrofi ha portato nell’ultimo ventennio all’elaborazione di protocolli di intervento, vademecum e specifici accordi fra ordini degli psicologi e istituzioni (Stato, Regioni) che hanno regolamentato l’intervento medico in contesti emergenziali e hanno permesso di identificare e quantificare – attraverso strumenti variabili – il grado di sofferenza psichica legata al lutto o alla minaccia dell’integrità della propria identità (Cozzi, 2012).

Accanto a questi studi, un certo numero di lavori socio-antropologici hanno dimostrato come nel peculiare contesto del post-disastro il rapporto tra la salute dell’uomo, gli stili di vita e lo spazio è evidentemente particolarmente complesso e ricco di mutue correlazioni. La salute, intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità (OMS, 1946) è emersa come dipendente dall’ambiente in cui si vive, volendo intendere quest’ultimo come un complesso assemblaggio biosociale (Ingold – Palsson 2013) in cui la variabile territoriale emerge come condizione necessaria per il benessere psicofisico della popolazione (Billaudot, 2002, 2004, 2005; Constantin, 2002; Davoudi et al. 2008).

Le tematiche legate allo studio della vita quotidiana – come l’abitare, l’ordinarietà, le routine e il senso comune – si sono quindi configurate come variabili significative attraverso cui analizzare gli effetti sociali delle emergenze, ma anche un prisma da cui mappare le politiche personali, ossia le “tecniche, pratiche ed idee” (Douglas, 1970) che gli individui utilizzano per reagire ad un prolungato stato di crisi, contro il quale non esistono difese convenzionali valide (Saitta, 2013).

Ogni disastro, infatti, non frantuma unicamente il “circostante esperienziale” dei soggetti, ma ne intacca anche i fondamenti culturali. Ne consegue una sorta di *shock antropologico* (Ligi, 2014) che agisce sul modo di pensare e di comportarsi degli individui, non soltanto riguardo all’abitare e all’ambiente, ma anche rispetto alle concezioni e ai riferimenti relativi alle idee di normalità e quotidianità entro cui si muovono.

Una brusca interruzione degli stili di vita e il cedimento dei sistemi sociali sembrano rappresentare uno dei più rilevanti discrimini del tempo emergenziale. Sia nella fase immediatamente successiva al verificarsi del cataclisma, sia in quella di un eventuale esodo o allontanamento, che nel momento più distante e lungo della ricostruzione e del ripristino della vita normale, coloro che ne vengono colpiti rispondono alle nuove condizioni ambientali indotte direttamente e indirettamente dal disastro.

È in quest’ottica che la centralità della dimensione spazio-temporale permette di rilevare come l’impatto di un’agente distruttivo su un dato territorio agisca sulle attività sociali quotidiane delle popolazioni coinvolte.

Una volta mutati e trasformati i modelli di comportamento, si impone la necessità di ricostruire e rigenerare risposte individuali e collettive alla catastrofe, di produrre nuovi quadri di riferimento all’interno dei quali gli individui percepiscano e giudichino le proprie esperienze, procedendo alla

ricomposizione della propria esistenza, alla riorganizzazione della propria vita e dei propri rapporti con gli altri e con l'ambiente (Ligi, 2009).

Alla luce dell'articolata riflessione socio-antropologica appena delineata, questa ricerca ha scelto di esplorare la salute alimentare delle popolazioni dell'Appennino centrale interessate dagli eventi sismici del 2016/2017, identificando quest'ambito come il campo privilegiato da cui monitorare i mondi di vita quotidiani e gli effetti sociali del disastro sulle traiettorie di vita e sui corpi dei terremotati.

L'indagine degli stili di alimentazione nel periodo emergenziale è un ambito parzialmente inesplorato, che tenta di coniugare la lettura della "costitutiva dimensione biosociale dell'alimentazione, microfisicamente dispersa nella temporalità quotidiana" del post-disastro (Pizza, 2012) e il monitoraggio degli effetti sociali delle modalità istituzionali di gestione e assistenza delle popolazioni.

Accanto alla primaria funzione di risposta a un'esigenza fondante e insostituibile per la sopravvivenza umana, la centralità dell'alimentazione è stata individuata nelle funzioni secondarie - "extranutritive" riferite alla dimensione della scelta e dei valori simbolici di cui il cibo stesso è investito.

Adottando una prospettiva semiotica, il nutrimento emerge come dispositivo di senso e unità funzionale di una struttura di comunicazione (Barthes, 1960) a cui si associano un gran numero di vissuti psichici, di connotazioni simboliche e di valori e significati culturali (Seppilli, 1994).

In tal modo anche il ramificarsi delle motivazioni che sostengono il "comportamento alimentare" nel tempo emergenziale post-disastro chiama in causa un ampio e differenziato mosaico di dimensioni.

Se l'alimentazione delle popolazioni dell'Appennino centrale rinvia al modo di produzione, l'ossatura socio-economica delle aree analizzate, e dunque le produzioni agroalimentari e i meccanismi di distribuzione delle materie prime, è interessante rilevare come la centralità del settore agricolo sia emersa con forza nelle narrazioni mediatiche e politiche del post-sisma, che hanno individuato nell'acquisto dei prodotti a marchi tipici un possibile volano per la ripresa economica dei territori colpiti.

È attraverso questa narrazione che le produzioni alimentari locali – dall'amatriciana, ai salumi di Norcia passando per le olive ascolane – sono emerse come "marcatori di identità" dei territori distrutti e come punto focale delle strategie di marketing territoriale che facendo leva su una "memoria alimentare" nazionale stanno riscrivendo un senso di appartenenza comunitaria (Di Renzo, 2005).

E' proprio questa peculiarità delle pratiche alimentari di porsi in ambiti interstiziali e di richiedere categorie interpretative ampie e multidisciplinari che le rende profondamente efficaci nel descrivere dinamiche macro e microsociale (Cimagalli, 2011).

Esplorare gli effetti delle trasformazioni degli stili di alimentazione nel periodo emergenziale permette, allora, di rilevare come lo stravolgimento del vissuto generato dall'evento del disastro, ma anche le modalità istituzionali di gestione e assistenza della popolazione incidano sulla dimensione sociale dei processi avviati dal sisma e sui molteplici percorsi dei soggetti colpiti.

2 Contesto e metodologia della ricerca

La notte del 24 agosto 2016 un sisma di magnitudo 6.0 sconvolge la Valle del Tronto causando la morte di 299 persone e determinando ingenti danni al patrimonio edilizio pubblico e privato di un'area estremamente circoscritta. Nei mesi successivi, con le scosse del 26 e del 30 ottobre, la terra continua a tremare ampliando il cratere alla zona dei monti Sibillini e decuplicando il numero di sfollati.

In poco più di un anno sono circa 70 gli eventi sismici di intensità almeno pari a 4,0 ms che coinvolgono 140 comuni distribuiti sul territorio di Marche, Lazio, Umbria e Abruzzo e 10 province, in cui vivono complessivamente quasi 3,2 milioni di residenti.

Il presente lavoro sceglie di focalizzare l'analisi della salute alimentare delle popolazioni coinvolte a partire da uno studio di caso nei comuni laziali di Amatrice ed Accumoli, colpiti dalla prima scossa di

agosto, incluse le rispettive numerosissime frazioni dislocate sul territorio montano dell'Appennino centrale.

In seguito alle prime scosse dell'agosto 2016 lo scenario delineato dalle politiche emergenziali in questi due comuni ha visto, da un lato, il massivo allontanamento della popolazione sulla costa, mediante la stipula di una convenzione quadro, firmata l'8 settembre 2016 tra Associazione Nazionale Comuni Italiani, Protezione civile e associazioni di albergatori, con cui veniva definito il trasferimento negli hotel e i criteri di permanenza e di assistenza dei terremotati; dall'altro, un numero consistente di residenti stanziali allocati in soluzioni di fortuna o fruitori del Contributo di Autonoma Sistemazione (C.A.S).

Il numero della popolazione assistita residente nel territorio analizzato, prima delle scosse di ottobre 2016, era di circa 3.000 persone di cui 490 distribuite nella costa marchigiana e le restanti nelle aree interne.

In termini di servizi sanitari, in seguito all'istituzione del Presidio Ambulatoriale Socio-Sanitario (P.A.S.S) sperimentato durante il terremoto aquilano del 2009, sono stati predisposti due campi nell'area di Torrita e Amatrice in cui sono stati installati i presidi ambulatoriali attivi per il territorio: uno nella zona centrale di Amatrice, l'altro a Torrita lungo la strada Salaria; così come due sono state le mense regionali a disposizione della popolazione rimasta, collocate in prossimità dei presidi.

Nei primi mesi dopo il sisma, a seguito della chiusura degli spacci alimentari a disposizione della popolazione locale e delle principali arterie di collegamento stradale, le mense hanno rappresentato per molti gli unici luoghi in cui reperire cibo fino alla costruzione - dopo un anno dal sisma - dell'area commerciale ad Amatrice e del nuovo supermercato.

Unica eccezione per l'approvvigionamento delle famiglie rimaste sul territorio è stata l'azione volontaria di staffette alimentari da parte delle Brigate di Solidarietà Attiva e lo spostamento, da parte di chi era in possesso di un mezzo di trasporto privato e delle risorse economiche immediatamente disponibili, verso le prime località dotate di supermercati (rispettivamente il paese di Antrodoco a 60 chilometri e la città di Ascoli Piceno a 90 chilometri di distanza).

Questo sintetico quadro è una premessa necessaria per comprendere la nuova geografia del post-sisma alla base dei processi trasformativi della vita quotidiana e dello stravolgimento degli stili di vita nel breve e medio termine, oggetto di quest'analisi.

L'osservazione dei primi interventi emergenziali, che hanno interessato i territori analizzati, vede nelle popolazioni laziali le prime su cui viene sperimentato un modello assistenziale e di gestione in campo abitativo e di servizi socio-sanitari, che più tardi verrà riprodotto ed adattato nelle regioni di Umbria, Abruzzo e Marche.

Dal mese di agosto lo stato di emergenza che, di proroga in proroga, sarebbe dovuto scadere il 28 febbraio 2018 e che il Consiglio dei Ministri ha posticipato di ulteriori 180 giorni, determina a tutt'oggi la logica dei processi trasformativi dei luoghi e dei servizi, ma anche delle esistenze quotidiane delle persone.

In questo contesto si colloca la presente ricerca che da una prospettiva socio-antropologica si propone di offrire un'istantanea del complesso fenomeno della salute alimentare, intendendo quest'ultima come l'insieme di risposte del soggetto ad un determinato stile di vita, in un dato territorio e in precise condizioni materiali di esistenza (De Martino, 1994).

Muovendo dalla consapevolezza che i possibili effetti del disastro possano essere esacerbati dalla concomitanza di altri fattori di rischio legati agli stili di vita e che mutino col mutare della capacità/possibilità di risposta degli attori coinvolti, delle loro condizioni pregresse di natura economica, familiare e relazionale inserite all'interno di un universo di riferimento e di significato, si è scelto di condurre quindici interviste in profondità, integrate da un'osservazione partecipata condotta durante l'anno 2017 e in parte del 2018.

Più nel dettaglio l'indagine qualitativa si è dipanata attorno a due direttrici fondamentali: la prima è legata all'esplorazione del punto di vista di dieci abitanti del territorio ed è tesa a comprendere come la trasformazione di vita abbia influito sulla percezione del benessere alimentare; la seconda prospettiva è quella di cinque professionisti della salute della provincia di Rieti, impegnati nei presidi di assistenza socio-sanitaria sul territorio nel periodo immediatamente successivo al sisma e che, nella maggior parte dei casi, già lavoravano nelle zone colpite. La scelta di muoversi sul doppio binario delle interviste agli abitanti e ai "tecnici" è, in qualche modo, connaturata alla natura sociale e biologica della dimensione alimentare.

Integrare l'analisi delle percezioni delle popolazioni locali con il punto di vista dei professionisti della salute ha, così, permesso di cogliere la lettura delle variabili indirette che incidono sull'alimentazione dei terremotati; le rilevanze "oggettive" riscontrate da parte degli operatori; la trasformazione della relazione medico-paziente che mutando influisce sulla conduzione di una vita sana, anche nei termini di prevenzione della salute alimentare.

L'obiettivo è, dunque, quello di far emergere le problematiche nate a seguito del terremoto e poter sollecitare studi ulteriori che misurino e monitorino la salute per poter fronteggiare gli effetti sul lungo periodo in termini di intervento sanitario e strutturazione di servizi funzionali alla presa in carico delle reali esigenze delle popolazioni locali coinvolte.

3. Risultati

3.1 Trasformazioni della salute alimentare e fratture spazio-temporali

Esplorare gli effetti delle trasformazioni degli stili di vita, con particolare attenzione ai cambiamenti legati alle pratiche alimentari degli abitanti di Amatrice ed Accumoli, permette di rilevare quanto lo stravolgimento del vissuto generato dall'evento sismico venga percepito, da parte degli abitanti, come una rottura netta degli stili di vita precedenti ed una trasformazione radicale delle abitudini nutrizionali.

Tra i soggetti della ricerca emergono due differenti traiettorie spaziali: i trasferimenti di una parte di popolazione negli hotel dell'area di San Benedetto, Martinsicuro e Porto d'Ascoli, e la permanenza di altri nelle aree colpite grazie all'accesso a soluzioni temporanee. I primi hanno trascorso un periodo totale di quattordici mesi nelle strutture ricettive, vivendo una quotidianità scandita dai ritmi dettati dagli enti gestori, sia per quanto riguarda gli orari dei pasti che la scelta degli alimenti assunti; i secondi, come precedentemente accennato, per quasi un anno hanno fatto riferimento ai servizi mensa regionali per accedere al cibo.

Dalle narrazioni emerge come la popolazione trasferita negli hotel abbia vissuto un brusco passaggio dalla vita montana, e da un'alimentazione mista composta di prodotti locali, centrata sul consumo - e in alcuni casi l'autoproduzione - di carni e formaggi e uno stile di vita dinamico legato alle abituali mansioni quotidiane, a una vita statica segnata da nuovi paesaggi e luoghi del quotidiano percepiti come estranei.

La vita "come ospiti" nei complessi alberghieri, segna una trasformazione profonda sia in termini di rituali quotidiani che di autogestione delle attività funzionali alla vita familiare e al suo sistema di ruoli. Il momento del pasto viene amputato della fase di scelta e preparazione dei cibi, per diventare mero consumo. Il sistema di autoregolazione della vita cede il passo ad una nuova condizione in cui ci si percepisce come meri fruitori di un servizio. I ruoli sociali e familiari cambiano e, in particolare, alcune

donne vivono con disorientamento l'impossibilità di svolgere una mansione individuata come costituente del proprio ruolo femminile:

“Quando eravamo in albergo non potevo cucinare, credevo di non essere nemmeno più capace di farlo dopo tanti mesi. Mi ricordo che soffrivo molto la mancanza delle abitudini, per esempio se ero triste a casa oppure mi annoiavo facevo i dolci alle bambine, per più di un anno non ho potuto fare una torta, coccolare le mie figlie, concedermi quello spazio. Ero satura di essere assistita ogni giorno, mi sentivo un peso, e intanto controllavo l'orologio per andare a mangiare, quello era l'unico momento di gioia. A volte sul cibo sfogavo la frustrazione, la rabbia, la noia. Non potevo cucinare quello che prima preparavo a mia madre che è anziana, e il pensiero che quei cibi non suoi la stesse rovinando mi angosciava ogni giorno” (Anna, Accumoli, gennaio 2018).

Inoltre la perdita di "centralità" del vano-cucina nella struttura abitativa causa l'assenza di uno spazio architettonico privato e al contempo sociale, e della sua funzione aggregativa per la famiglia e la comunità.

“Io da poco avevo fatto lavori a casa, eravamo riusciti dopo tanti sacrifici a ricavare più spazio per una grande tavola da condividere con gli invitati. La domenica la casa era sempre piena di amici o parenti. Io e mia moglie preparavamo dal giorno prima e si mangiava insieme, mi piaceva quell'idea di convivialità che mi era stata trasmessa da mio padre e da mio nonno prima di lui. Negli hotel pure si mangiava insieme tutti i giorni, ma non eri tu che invitavi gli altri, c'erano e basta. E a volte volevi solo stare solo” (Pino, Colle Creta, marzo 2018).

I pranzi e le cene scandiscono le giornate delle persone sfollate sulla costa, così che la dimensione conviviale della nutrizione, da azione agita e riempita di significato condiviso, va, via via, assumendo le caratteristiche di un gesto svuotato di senso nel quale riversare un bisogno di compensazione emotiva:

“Ero ingrassata molti chili, sentivo che lievitavo, avevamo menù fissi, dovevamo seguire uno schema, e sono sicura che quel periodo ce lo portiamo dietro anche adesso. Non tutti si sono ripresi da quella vita lì. Ci sono stati problemi di obesità, diabete, pure chi non ce l'aveva poi gli è venuto. In tanti ci sentivamo in una bolla di sapone, e un giorno una signora ha preso una bilancia perché pesava suo marito che andava monitorato dal medico. Lì ci siamo accorti tutti che stavamo cambiando, quella mica era l'alimentazione che facevo a casa mia! Le abitudini sono difficili da riprendere, soprattutto dopo che sei stato sballottato per così tanto tempo” (Rita, Illica, febbraio 2018).

La popolazione che ha avuto la possibilità di rimanere nelle aree colpite, grazie alla possibilità di acquistare una roulotte o provvedere in modo autonomo ad una soluzione indipendente, ha vissuto una rottura spaziale vivificata nella quotidianità. Il caos e il disorientamento dei primi giorni ha lasciato lentamente spazio ad una nuova routine fatta di pochi punti di incontro, tra questi le mense. Le macerie ogni giorno sono lì per ricordare che il luogo in cui si è vissuto è cambiato irrimediabilmente nella sua funzione quotidiana:

“A casa tua potevi gestire la tua alimentazione, come abbiamo ricominciato a fare adesso, ma a mensa: primo, secondo, contorno, frutta, dolce... Non potevi rifiutare, e mangiavamo! Poi chi si muoveva? Avevamo perso il ritmo del lavoro, tutti sedentari eravamo diventati. Non è che adesso si è risolto tutto, anzi, ma almeno quelle poche azioni del giorno provi a farle di nuovo, torni a essere tu” (Armando, Collalto, febbraio 2018).

Anche nelle mense il momento del pasto scandisce i ritmi delle giornate, la perdita delle azioni quotidiane lascia posto a un accesso passivo al servizio ristorazione. Da un processo sostanzialmente artigianale di preparazione dei pasti, che veniva svolto ogni giorno su scala familiare si passa a un'alimentazione composta da cibi di massa, pietanze precotte servite e consumate.

Se nel medio periodo la popolazione conserva la preoccupazione per gli effetti di un così duraturo e brusco cambiamento di stile di vita, la prospettiva dei professionisti della salute a distanza di quasi due anni dalla prima scossa fa riflettere sui possibili effetti di lungo periodo:

“La mensa per chi era rimasto in soluzioni di fortuna, così come negli alberghi, era diventata anche un momento per stare insieme, dove le persone andavano lì e comunque parlavano, si incontravano, perché tutto intorno c’era aria di catastrofe e nemmeno un luogo per incontrarsi, soprattutto con il freddo che c’è stato era impossibile stare fuori, e negli alberghi la noia era all’ordine del giorno. Io che ho lavorato al presidio ambulatoriale per l’intero periodo, e ho visitato queste due tipologie di pazienti sostengo che dal punto di vista sanitario la condizione delle persone sia peggiorata, nonostante l’assistenza continuativa, hanno preso peso, avevano ed hanno i valori delle analisi completamente sballati, colesterolo, trigliceridi, cioè proprio quegli indicatori relativi alla trasformazione dell’alimentazione e dello stile di vita. Ci ho fatto caso ed è una cosa risaputa che difficilmente un allevatore, un contadino, mangiavano tre volte al giorno a casa, primo, secondo, contorno, frutta, dolci. C’erano persone che passavano anche due volte a prendere il cibo, i primi tempi, sicuramente un bisogno di compensazione del fatto che stavano subendo questa cosa. Io ho visto persone anziane passare due volte e mangiare di tutto, in più interrompendo le quotidiane attività che garantivano un moto costante ciò ha fatto sì che il loro corpo ne risentisse e di conseguenza cambiava la loro percezione ed evidenza di malessere. Noi stessi operatori mangiando a mensa a pranzo e a cena siamo ingrassati, all’inizio facevamo ironia su questa nostra trasformazione ma la verità è che quella condizione prolungata, in cui non c’era una valida alternativa ci ha cambiati tutti”

(Medico di medicina generale n.1. aprile 2018).

Il disastro agisce poi una seconda frattura, che si muove sulle coordinate temporali del vissuto degli abitanti e che crea un solco tra il tempo che precede il disastro - che nelle narrazioni assume i tratti di un passato idealizzato - e il momento della distruzione dei luoghi e dei ritmi di vita.

Gli stili alimentari del pre-sisma affiorano dalle narrazioni degli intervistati come fortemente connessi alla produzione locale e alla disponibilità e al consumo di prodotti del territorio.

Il cibo consumato emerge come frutto della trasformazione e combinazione di alimenti autoctoni, autoprodotti o derivanti da un mercato locale informale con beni alimentari propri della grande distribuzione.

Il “mangiare tipico” non è replicabile, ma reclama un protagonismo artigianale dell’attore sociale. Un piatto locale – nonostante l’apparente rigore nel rispetto dei procedimenti della realizzazione – non può essere mai identico a se stesso perché uniche sono le componenti e le condizioni della sua realizzazione; l’utilizzo di materie prime “speciali” consolida le coordinate spaziali, articola le connotazioni geografiche, che risultano così, non casuali o intercambiabili e tracciano le basi per un rafforzamento del “noi” (Cimalli 2011).

“Io ero e sono del parere che bisogna ripartire da soli, la prima cosa che ho fatto dopo il terremoto con i soldi che avevo è stato comprare un fornello e una bombola del gas, alla mensa non ci andavo mai con la famiglia. Cucinavamo pure l’inverno nella roulotte, certo noi la roulotte ce l’avevamo e pure la macchina quindi a comprare le cose ci potevamo andare, mica tutti potevano però. Qualcuno doveva aspettare che lo assistessero, pure per mangiare, potevi sbattere la testa al muro ma non ci stavano negozi per comprare il cibo e quindi a mensa la gente si strafogava per la rabbia per l’impotenza, pe la fame pure!” (Renato, Capricchia, marzo 2018).

Da un’alimentazione che viene raccontata come centrata sulla tipicità del prodotto la realtà del post-sisma sembra segnare il brusco passaggio ad un consumo di alimenti surgelati o in scatola a causa della

necessità imposta dai numeri degli avventori delle mense e dai disagi della condizione emergenziale che prescrive scorte di alimenti a lunga conservazione. Sia nelle sale ristoro degli alberghi sulla costa che nelle mense regionali l'offerta di cibo si basa su beni alimentari serializzati, igienicamente controllati, senza alcun valore simbolico e, perciò, spersonalizzati. Come si riscontra dalle interviste si tratta, in entrambi i casi, di cibi legati al consumo di massa, privi di un ancoramento territoriale e sociale.

“Il problema non è quello di scegliere, perché poi quando tu lo vedevi già pronto il cibo, fatto in mensa, si trattava di capire se ti piaceva o meno. Ci servivano l'amatriciana, ma io lo so com'è fatta. Eppure mangiavamo tutto, più volte, e a lungo andare era una tristezza, non potevo cucinare niente, non potevo nemmeno fare la spesa, scegliere i prodotti, utilizzare le cose del mio orto. Questo ti cambia, si ti cambia, ti adagi, non puoi fare altro, anche perché sennò non mangiavi! Le persone anziane, i cardiopatici, tutti quelli che stavano male anche prima del terremoto hanno avuto una botta pazzesca con questo sistema, io non lo so come stanno adesso”

(Sara, Grisciano, febbraio 2018).

4. Discussione

4.1 Gli effetti del disastro sulla dimensione della salute alimentare: la prospettiva dei professionisti.

Premesso che la trasformazione della relazione con l'ambiente modifica l'assetto sociale, emerge nell'analisi qui proposta come la nutrizione, che risponde a un bisogno biologico ma anche a un comportamento socialmente prodotto, diventi un'azione compensativa di tensioni emotive e bisogni insoddisfatti. Il pasto che assume un carattere nuovo, perde la sua funzione di interruzione del tempo del lavoro e di scansione del ritmo della quotidianità, assumendo una funzione extra nutritiva in cui il bisogno di *communitas* (Seppilli, 1994) e la necessità di sfogare un disagio contribuiscono a trasformare la percezione della salute nella popolazione studiata. Nel lavoro di raccolta del materiale di ricerca le interviste svolte con i professionisti della salute permettono di far emergere con forza una lettura delle patologie delle persone assistite, ma anche di contestualizzare l'operato del servizio sanitario locale cui i pazienti fanno riferimento:

“L'alimentazione non era quella di casa tua, per cui non riuscivi a controllare bene, per esempio il diabete, che è una patologia cronica, sono tutti praticamente scompensati. Chi soffriva di problemi cardiaci, chi non ne ha mai sofferto, ha cominciato a soffrirne da quando è stato trasferito in albergo, ci sono numerosi casi, che vedo perché li vedo tutti i giorni ancora adesso. Questa scelta di portare le persone in albergo e lasciarle lì per così tanto, così come la scelta di predisporre le mense e non permettere che le persone potessero gestirsi qui, è stato un fallimento politico, un fallimento delle istituzioni in generale dalla regione ai comuni, un fallimento di tutti. Il problema per me sarà ricostruire le persone, ricostruire la mente, la testa di queste persone, perché queste persone per come le conoscevo io prima, ad oggi, sono completamente diverse, sono altre persone. Il cibo è diventato come tutte le altre cose, una valvola di sfogo per quello che avevano dentro. Il cibo li ha fatti ammalare, ma anche la rabbia, la paura, la disperazione. Una combinazione di fattori che ha creato dei meccanismi biologici per cui fisicamente, si è trasformato il fisico in quello che è oggi. E' un meccanismo biologico per cui dalla paura si passa alla fase di rassegnazione e ciò a cui hanno avuto accesso e quello che è stato loro negato non ha migliorato la situazione. Hanno vissuto una specie di sub-vita parallela alla vita reale, una perdita di contatto con la realtà. Oggi non è finita, si portano dietro gli strascichi dei mesi passati e per quanto in molti siano rientrati nelle Sae provando ad avere nuove abitudini io vendo ancora moltissimi farmaci, li seguo i pazienti, in tanti hanno sviluppato il diabete, e prima non ne soffrivano, anche i più giovani. Per non parlare degli anziani, quelli che sono sopravvissuti! I segni di questa storia resteranno a lungo nelle loro vite. (Farmacista Accumoli - Grisciano, aprile 2018)

Muovendo dal concetto di crisi della presenza (De Martino, 1977) legato alla distruttività del terremoto, è possibile cogliere l'effetto della dissoluzione dell'autonomia dell'io di fronte all'intervento umanitario - assistenziale. Questa condizione di perdita, che è tipica del malato (Good, 2006; Quaranta, Ricca, 2012) può essere analizzata non solo in relazione a chi era precedentemente in cura, ma può essere estesa a tutte

le persone interessate dal processo dissolutivo della sicurezza ontologica (Giddens, 1990) che un evento traumatico comporta.

La perdita della salute viene letta qui anche nella sua dimensione socio-politica, in particolare per quanto riguarda le disuguaglianze sociali avvertite come causalità di malattia (Seppilli, 1996; Pizza, 2005; Schirripa, 2014). La pervasiva gestione sanitaria da parte del Distretto della Regione Lazio viene individuata come una delle cause di forte perdita di autonomia da parte delle persone assistite. La presa in carico delle popolazioni terremotate, così come si è configurata nelle zone dell'Appennino centrale, ha costruito nel tempo un'umanità incapace di fronteggiare da sé il proprio stato di salute, assuefatta, con il passare dei mesi, a un sistema onnipotente in ogni ambito della quotidianità.

Il regime di gratuità sancito dal codice di esenzione T16 per l'accesso ai farmaci e alle prestazioni mediche, l'assistenzialismo e il controllo dei soggetti attraverso rigidi sistemi organizzativi, come le mense, da un lato venivano riconosciuti come servizi essenziali, dall'altro venivano individuati come un modello di induzione di bisogni difficilmente sostenibili sul lungo periodo. Con il passare dei mesi ciò ha avuto conseguenze preoccupanti nella quotidianità delle persone:

“Il paradosso di questa gestione emergenziale è quello di aver disposto un tipo di assistenza perverso. Da un lato non vi era la possibilità di permanere sul territorio se non in soluzioni di fortuna, dall'altro è stato creato un sistema di assistenza sanitaria continuativo con un dispiegamento di risorse e personale in condizioni proibitive. Gli stessi operatori dei servizi, in molti casi locali e colpiti anche loro dagli effetti del terremoto hanno vissuto l'assurdità di una gestione poco chiara. L'esenzione del ticket, quella che definisco “la vergogna del t16” ha innescato un meccanismo di richieste, uno shopping farmaceutico e di prestazioni che ha indebolito la relazione terapeutica a scapito di una buona prevenzione dei rischi di ammalare. Il T 16 è stato esteso ai comuni dell'area del cratere, c'è stato il primo decreto che l'ha limitato al cratere vero, poi hanno allargato il cratere e in effetti anche se dei danni ci sono stati - per esempio ad Antrodoco ci sono state trenta ordinanze di sgombero, quindi ci sono trenta famiglie che effettivamente sono fuori casa - ma in altri comuni no, nessun crollo, nessuno ha perso il lavoro e in un discorso di esenzione molti dei miei pazienti sono andati lì al distretto a farsi attivare 'sto t16 e col t16 sono venuti a chiedere cose ogni giorno. Nella città di Rieti addirittura c'erano le file per avere questa esenzione. Nel giro di pochi giorni c'è stato un aumento del 10% della spesa sanitaria... e infatti la regione ha posto un limite... ha revocato tutti i t16 e quindi dopo ne ha usufruito solo chi aveva un'ordinanza di sgombero, che effettivamente poteva dimostrare che è terremotato in un certo senso, può usufruire del t16, quindi anche le persone che stanno ad Amatrice e avevano la casa agibile per esempio non hanno avuto più l'esenzione grazie al giochetto che hanno innescato, c'è stato un abuso ovviamente, come sempre succede, paga il giusto per il peccatore si dice qui” (Medico di medicina generale n.2. febbraio 2018)

La trasformazione delle abitudini alimentari ha coinvolto il tempo delle relazioni vissute in un luogo mutato, la loro totale perdita veniva manifestata in termini di *sofferenza sociale* (Kleinman, Das, Lock, 1997; Bourgois, Schonberg, 2011). Il cronicizzarsi della privazione delle condizioni abituali si rifletteva sulla percezione di un benessere legato al passato, in cui l'alimentazione - intesa come risposta sociale ad un bisogno biologico, ma anche forma socialmente prodotta e complessa - veniva profondamente stravolta. Il mutare delle distanze territoriali, dei fattori sociali e del contesto storico condiziona l'assetto bio-psico-sociale delle persone e il modo di soddisfare/adattare una nuova relazione con il cibo (Seppilli, 1994). Il pasto come momento familiare, ma anche pratica espressiva e scelta accompagnata da gesti attraverso cui ci si appropria del tempo e dello spazio, perde la sua funzione, con la conseguente trasformazione del ciclo metabolico che sembra bloccato tra eccesso di consumo e stasi motoria. Nella popolazione clinica, con problemi cardiaci o di diabete si rileva un aggravarsi delle condizioni; in quella non clinica è stato riscontrato l'aumento di peso e una lamentata percezione di affaticamento e spossatezza. In casi di predisposizione genetica ad alcune patologie la manifestazione delle stesse è avvenuta in tempi più brevi, rispetto al normale decorso clinico:

“Sicuramente sono aumentati i pazienti ipertesi, tanti con problemi cardiovascolari, ora non so se si sono slatentizzate delle situazioni, sicuramente alcune, ma nella prima emergenza è chiaro che la defezione del tono

dell'umore, e la depressione legata all'evento traumatico e allo stravolgimento della vita è ormai provato che siano in relazione all'acuirsi di patologie preesistenti o alla nascita di nuove” (Cardiologo PASS, marzo 2018).

La conoscenza pregressa dell'anamnesi dei pazienti in cura ha permesso ad alcuni medici, da un lato, di valutare i cambiamenti legati alla fase post-sisma e di individuare in alcuni indicatori indiretti delle cause di malattia; dall'altro, di constatare la nascita di nuove patologie in quella che in epidemiologia viene definita popolazione non clinica:

“I più colpiti, da lutti e perdite economiche e lavorative sono i più esposti, l'ho verificato, nonostante questa sia una popolazione variegata, un territorio ampio con una densità abitativa bassa. Molti pazienti venivano da me già prima, c'era un rapporto di fiducia. Tanti e tanti giovani hanno sviluppato l'ipertensione, cosa che non era così preponderante. Generalmente è un problema che si manifesta nella quinta e sesta decade di età, qui invece molti ragazzi di 30 e 40 anni hanno riportato un'ipertensione importante, mentre prima erano riscontri più sporadici” (Cardiologo PASS, marzo 2018).

L'attenzione da parte dei professionisti allo sviluppo di patologie legate all'alimentazione o ai problemi cardiovascolari dipendenti anche dalla relazione con il cibo e la mancata prevenzione o il cambiamento dello stile di vita ci hanno portato a riflettere sull'importanza di uno sguardo presente e critico sul tema affrontato:

“Visito un numero di assistiti molto difficile da calcolare, io vedo una dozzina di persone, quindici a settimana almeno, i controlli sono ogni due mesi, in quest'anno avrò visto almeno nella zona del cratere fino ad Antrodoto, almeno 400 pazienti di cui almeno un 150 pazienti non noti. Lo stile di vita si è trasformato, sia per gli sfollati che per chi permaneva sul territorio, il tema dell'alimentazione ha avuto un'importanza rilevante, l'impatto delle mense, nei campi, negli alberghi ha avuto effetti importanti in entrambe le condizioni vissute dalle persone. La cucina locale già prima era sostanziosa, strong, poco light, come dire, ho notato un'incidenza di ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, legato alla dieta, alle abitudini. Quando sei in albergo o in un campo non mangi in modo ricercato. Ti confermo anche come dati laboratoristici, di pazienti che seguivo per cardiopatia ischemica, e che come cardiologo tratto il colesterolo perché questi sono fattori di rischio che io combatto e quindi vi presto attenzione. Una grande percentuale dei pazienti che erano in albergo o mangiavano nei campi avevano valori del colesterolo superiori alla norma, la qualità del cibo, la mancanza di possibilità di cucinare da soli, una cucina per grandi numeri insomma è diversa per molti aspetti. Anche i più giovani, è una cosa indipendente dall'età, cambiano le abitudini oltre la dieta, lo sport, le passeggiate, mancano le strutture per fare quello che si faceva prima. La defezione del tono dell'umore, in albergo e in generale per tutti ha degli effetti. Non hai voglia di prestare attenzione ai fattori di rischio che ti fanno male. Chiedersi se è l'effetto traumatico che incide di più o la gestione post terremoto, forse ha senso. L'attesa, l'indefinitezza delle traiettorie ha degli effetti sul corpo e sulla salute, non solo della percezione delle persone, ma dall'evidenza che abbiamo riscontrato” (Cardiologo PASS, marzo 2018).

Da un lato la dimensione psicologica che inaugura una mutazione nel rapporto con il cibo, dall'altro l'alimentazione standardizzata che non tiene conto delle reali e diversificate necessità alimentari della popolazione, fanno sì che la funzione nutritiva assuma un carattere centrale nel configurarsi dei meccanismi psichici di sicurezza ed emerga come essenziale fattore costitutivo di malattia. Come noto il letteratura

«Le malattie sociali legate ai disturbi alimentari, come bulimia ed anoressia, ma anche l'aumentata tendenza della popolazione all'obesità, evidenziano che il rapporto degli attori sociali con l'alimentazione non dipende tanto da una fame biologicamente definibile, quanto da un coacervo di pulsioni, desideri, angosce e paure che investono la società tutta [...] Lo spostamento delle tensioni emotive e delle relative risposte verso l'area dei comportamenti connessi alla nutrizione chiamano in causa problemi di sicurezza e di autovalutazione, reazioni di protesta e istanze di ribellione, sensi di colpa, delusioni, carenze affettive, si spostano e si esprimono simbolicamente (seguendo spesso un processo di regressione alla fase orale) come alterazioni dell'appetito - compulsione o rifiuto di mangiare - o come disturbi psicosomatici ai vari livelli dell'apparato digerente» (Seppilli 1994).

“Dal 25 agosto sono stato responsabile capo campo del presidio ambulatoriale, ho coordinato i volontari della Misericordia e collaborato con i professionisti sanitari durante tutto il periodo dell'emergenza, ho staccato solo il giorno di Natale per tornare a casa dalla mia famiglia. Conosco tutti ormai e ho condiviso con le persone ogni fase di quest'emergenza. Come loro ho mangiato a mensa per quasi un anno e io stesso stavo peggio di prima. Abbiamo usato il cibo come sfogo e come momento di socialità, ci consolavamo, parlavamo e sfogavamo la frustrazione di vedere che intorno non c'era nulla. Era impossibile anche fare spesa o comprare qualcosa di decente. Solo cotolette e bastoncini findus, quanto fritto abbiamo mangiato! Alcune persone che accedevano al PASS le ho viste trasformarsi - che poi eravamo attaccati alla mensa- non avevano più abitudini, andavano in automatico, come macchine, senza lavoro, senza andare in campagna, senza poter fare spesa e cucinare. Non potevano prendersi cura di loro e delle loro famiglie e si rimpinzavano alla mensa. Le infermiere spesso provavano a dire agli anziani soprattutto di non esagerare, ma che dovevano fare? Quando non hai più nulla e ti dicono che devi mangiare qui, che puoi prendere le medicine gratis, che tutti i controlli li puoi fare qui senza pagare, ti lasci andare, sei passivo, e il tempo passato così non so quanto sia recuperabile. Questo è quello che penso io, che ho visto, e che da persona critica e anche esterna certe volte mi veniva in mente e mi faceva tremendamente infuriare, e poi passavano i mesi, e ora è cambiata di poco la situazione, certo le mense non ci sono più, ora hanno aperto i ristoranti famosi, il supermercato (che per fortuna non hanno alzato i prezzi!) e poco altro. Ma le persone stanno ancora male di fronte all'abbandono di oggi e di quello che hanno dovuto vivere” (Capo campo PASS di Torrita, marzo 2018).

Attraverso le parole di chi ha assistito la popolazione in loco e quella trasferita emerge la necessità di un sistema di ricerca e prevenzione dei rischi sul breve e soprattutto sul lungo periodo.

5. Conclusioni

Dal presente lavoro emerge come, attraverso una lettura socio-antropologica della salute, a partire dal corpo e dal concetto di incorporazione (Scheper-Hughes, Lock, 1987), dalla lettura del disastro inteso come evento multidimensionale, sia possibile esplorare gli effetti che esso innesca sulla dimensione della salute alimentare. L'osservazione qui proposta, analizzando la gestione post- disastro da parte delle istituzioni e quei fenomeni che hanno generato nel tempo profonde conseguenze sulla vita delle persone, permette di cogliere le trasformazioni del quotidiano delle popolazioni del centro Italia e la costante tensione soggettiva tra la necessità di riconfigurare nuove forme dell'agire e l'impossibilità materiale di poter attuare una scelta. Il rituale della preparazione dei cibi e del loro consumo si perde con esiti preoccupanti rispetto alla possibilità da parte delle persone di significare un gesto quotidiano, in cui il codice dell'alimentazione non è più il parametro e la manifestazione di un vivere sociale ma il residuo di un bisogno. La nutrizione passiva, privata della gestualità e del significato ad essa attribuito, incide in termini peggiorativi sul vissuto dei soggetti. L'omologazione degli stili alimentari prodotta dal meccanismo assistenziale muta la valenza storica e tradizionale che il cibo assume nelle società rurali e montane prese in esame. Una prima lettura questa che, in linea con la letteratura sulla salute nei disastri e quella epidemiologica di salute pubblica, è volta a valutare gli effetti sul medio periodo di un evento che rompe con la normalità del vivere sociale in relazione a un luogo e alle ripercussioni sui corpi e le esistenze dei soggetti coinvolti da tale trasformazione, e si pone come base per una misurazione sul lungo periodo delle conseguenze rilevate.

Se la perdita di commensalità, il cambiamento di approccio al cibo e il suo consumo hanno generato atteggiamenti compulsivi, compensativi di altre mancanze, la stasi dettata dalle trasformazioni delle attività quotidiane ha contribuito a causare nuove forme di malattia. L'obiettivo di un'osservazione nel tempo e in profondità vuole quindi portare all'attenzione le carenze di un sistema di valutazione dei rischi sulla salute delle popolazioni coinvolte nei disastri, come dalle parole di un professionista coinvolto in quest'esperienza:

“Non c'è monitoraggio di salute pubblica per prevedere cosa accadrà sul lungo periodo, e non credo di sbagliare, sono informazioni molto utili che non avremo. Avremmo bisogno di sapere l'incidenza di patologie, lavoro che

all'Aquila con l'Università è stato fatto ed è stato vantaggioso. Ad Amatrice e frazioni no, ed è meno anomalo che non sia stato fatto. E' stato fatto un lavoro frammentario nella fase di emergenza quando abbiamo monitorato alcune situazioni per poter indicare le patologie dei pazienti e poter indirizzare gli interventi, come mandare le persone in albergo o in RSA o in strutture protette. Erano state fatte delle convenzioni con alcune strutture e in quel periodo mi coordinavo con i medici ospedalieri per raccogliere i dati e ho avuto tantissima difficoltà anche ad utilizzarli quei dati, non c'era una struttura che prendesse in carico tutto questo, ma in un secondo momento si poteva fare, in momento un poco ordinato va bene, ma con la presenza della protezione civile, della Regione e poi delle ASL. C'è stata tanta difficoltà, è stato un lavorone, è stato un lavoraccio! Lavorando in emergenza non c'è stata la raccolta dei dati, i numeri delle visite erogate, i ricoveri o le diagnostiche di secondo e terzo livello, ma sono dati che potrebbero essere ricostruiti e lavorati, ce ne sarebbe bisogno. Mentre sei lì che lavori non puoi permetterti di inserire dati nel database o fare bilanci o statistiche, tutto quello che in parte potrebbe essere ricostruito dai dati grezzi, ma poi andrebbero elaborati studiati analizzati. E' un lavoro che se non viene fatto comporterà dei difetti operativi nella presa in carico dei pazienti vecchi e nuovi che continuiamo a seguire sul territorio e per molto tempo manifesteranno le conseguenze del trauma e del post disastro. Da professionista mi confronto con i colleghi, soprattutto quelli aquilani, ed è un dato di fatto ormai che mai come in questi anni sono aumentati gli interventi chirurgici per forme tumorali negli anni successivi al terremoto del 2009. E' necessario avere il polso di quello che c'è e di quello che ci sarà, con strumenti precisi, per prevenire e poter intervenire a favore dei pazienti” (Medico di medicina generale n.3, aprile 2018).

La necessità di un monitoraggio costante della salute di queste popolazioni, di una ricerca strutturata da parte delle Università, di una misurazione epidemiologica e di una collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale, così come avvenuto per lo studio epidemiologico sull'Aquila, rappresenta un'urgenza per costruire un significativo strumento futuro per gli interventi di salute pubblica nei confronti delle persone che sopravvissute al terremoto, si scontrano con gli effetti che ciò che stanno vivendo oggi può comportare nelle loro vite, sia in termini di prevenzione del rischio che di presa in carico delle patologie sviluppate nel tempo o ancora latenti.

Bibliografia

Agamben, G. (2003) *Stato di eccezione*, Bollati Boringhieri, Torino.

Benadusi, M., Brambilla, C., Riccio, B., a cura di (2011), *Disaster, Development and Humanitarian Aid. New Challenges for Anthropology*, Rimini, Guaraldi.

Catarinussi, B., Tellia, B., (1978) *La risposta sociale al disastro: il caso del terremoto in Friuli*, Studi di sociologia.

Dickie, J. (2008) *Una catastrofe patriottica. 1908: il terremoto di Messina*, Laterza, Roma.

Douglas, M. (1970) *I simboli naturali. Sistema cosmologico e sistema sociale*, Einaudi, Torino.

Klein, N. (2007) *Shock Doctrine*. Picador, New York.

Ingold, T. Palsson, G. (2013), *Biosocial Becomings: Integrating Social and Biological Anthropology*, Cambridge University Press.

Ligi G. (2009), *Antropologia dei disastri*, Laterza, Roma-Bari.

Moser, C. (1996), *Confronting Crisis: a comparative study of household responses to poverty and vulnerability in four poor urban communities*, Environmental and Sustainable studies and monograph series 8, Word Bank, Washington DC.

Norris F. H., Stevens S. P., Pfefferbaum B., Wyche K. F., Pfefferbaum, R. L., “*Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness*”, American Journal of Community Psychology, 2008, 41, 127-150.

Olsson, P., C. Folke, and F. Berkes. (2004). *Adaptive co-management for building resilience in social-ecological systems*. Environmental Management 34:75–90.

Revet, S. (2007) *Anthropologie d'une catastrophe. Les coulées de boue de 1999 au Venezuela*, Presses Sorbonne Nouvelle, Paris.

Saitta, P. (2013) *Quota zero. Messina dopo il terremoto: la ricostruzione infinita*, Donzelli Editore, Roma.

Quarantelli, E. (1987) «Disaster Studies: an analysis of the social historical factors affecting the development of the research in the area.» *International Journal of Mass Emergencies and Disasters* 5, n. 3: 285-310.

World Health Organization (2013) *Contaminated sites and health*. Regional Office for Europe, Copenhagen.

Cozzi, D., (2012) Sei semi di melograno: Antropologia medica, disastri e sindrome post traumatica da stress, *La Ricerca Folklorica*, 66: 63-73.

Bourgois, P. Schonberg, J. *Reietti e fuorilegge. Antropologia della violenza nella metropoli americana*, Roma: DeriveApprodi, 2011.

De Martino, E., *La fine del mondo*, Torino :Einaudi, 1977.

Good, B., *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino:Einaudi, 2006.

Kleinman, A., Das, V., Lock, M.M., *Social suffering*, Berkeley:University of California Press, 1997.

Pizza, G., *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma: Carocci, 2005.

Pizza, G. (2012) Microfisiche del cibo fra edonismo e cultura, *Il cibo nel bene e nel male*, 1: 1-7.

Quaranta, I., Ricca, M., *Malati fuori luogo*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2012.

Ripoll, A. G., Alesina, M., Pacelli, B., Serrone, D., Iacutone, G., Faggiano, F., Della Corte, F., Allara, E., (2016) Effetti sulla salute a medio e lungo termine del terremoto dell'Aquila del 2009 e di altri terremoti avvenuti in Paesi ad alto reddito: una revisione sistematica della letteratura. *Epidemiologia e Prevenzione. Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia*, 2: 14-21.

Scheper-Hughes, N., Lock, M., (1987) The Mindful Body: a Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology, *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1): 6-41.

Schirripa, P. (2014) Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza, *AM. Rivista della società italiana di antropologia medica*, 38: 59-80.

Seppilli, T., (1996) Antropologia Medica: fondamenti per una strategia, *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 1-2:7-22.

Seppilli, T., (1994) Per una antropologia dell'alimentazione. Determinazioni, funzioni e significati psico-culturali della risposta sociale a un bisogno biologico, *La Ricerca Folklorica*, 30: 7-14.