



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

ARCHIVIO ISTITUZIONALE DELLA RICERCA

Alma Mater Studiorum Università di Bologna Archivio istituzionale della ricerca

Antropologia, politiche e prassi istituzionali. Ripensare la dimensione critica nella produzione del sapere

This is the final peer-reviewed author's accepted manuscript (postprint) of the following publication:

Published Version:

Quaranta, I., Consoloni, M. (2023). Antropologia, politiche e prassi istituzionali. Ripensare la dimensione critica nella produzione del sapere. RIVISTA DI ANTROPOLOGIA CONTEMPORANEA, 4(2), 369-384 [10.48272/112574].

Availability:

This version is available at: <https://hdl.handle.net/11585/961588> since: 2024-02-26

Published:

DOI: <http://doi.org/10.48272/112574>

Terms of use:

Some rights reserved. The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (<https://cris.unibo.it/>).
When citing, please refer to the published version.

(Article begins on next page)

Antropologia, politiche e prassi istituzionali Ripensare la dimensione critica nella produzione del sapere

Introduzione

Negli ultimi anni ha guadagnato terreno l'idea secondo cui il sapere antropologico può apportare un contributo estremamente rilevante per analizzare e informare le politiche pubbliche. Numerosi contributi infatti hanno messo in luce come le politiche non siano oggetti neutrali bensì artefatti culturali, intrinsecamente legati al contesto entro cui emergono. In tal senso, le politiche possono essere analizzate come formazioni discorsive, mediante le quali ricostruire i processi di cambiamento storico e sociale; oppure, come tecnologie capaci di dar forma a nuove soggettività (ad esempio quelle di cittadini/e o utenti), riconoscendo che ogni aspetto della vita umana è in qualche modo plasmato dalle politiche (Shore e Wright 2003). A questo proposito, Porcellana (2020, 112) scrive:

Il concetto stesso di cittadinanza, così come altre etichette con cui le persone vengono classificate, sono parte integrante delle politiche e determinano l'accesso o meno a diritti, servizi, opportunità [...]. Gli strumenti antropologici [...] possono contribuire a svelare ciò che le politiche propongono senza che le persone ne avvertano l'imposizione, ma che invece penetra profondamente tra le pieghe della società dando forma a ideologie, identità, posizionamenti, inclusioni ed esclusioni.

Le politiche pubbliche sarebbero allo stesso tempo qualcosa di produttivo e performativo: una serie di processi complessi e creativi, che costruiscono nuovi tipi di relazioni, nuovi spazi negoziali e nuove forme di vita. Secondo queste prospettive, è necessario sviluppare un sapere antropologico sulle politiche al fine di osservare i modi in cui concetti, istituzioni e attori interagiscono e danno forma a nuove configurazioni politiche, sia per consolidare regimi di potere/ conoscenza, sia per creare nuove razionalità di governance (Wedel et al. 2005). Parallelamente si è sviluppato un dibattito sul rapporto tra produzione di conoscenza e potere e, conseguentemente, su quale posizionamento etico e politico dovrebbe assumere l'antropologo/a applicato/a che si occupa di politiche pubbliche. I rischi riguardano la (non) legittimazione del «parlare a nome di» (Bodini et al. 2016; Leresche 2023), la cooptazione dell'antropologia da parte delle istituzioni e dei *policy makers* e, di conseguenza, la produzione di un sapere non sufficientemente critico (Tate 2020). A partire dagli anni novanta, molte voci hanno sottolineato come l'antropologia applicata al campo delle politiche pubbliche tendesse a essere poco riflessiva e pressoché priva di un potenziale trasformativo (Shore 2012). Tuttavia, altri contributi hanno sostenuto la necessità di un'antropologia implicata con le istituzioni e capace di produrre un sapere spendibile per affrontare le sfide del presente. Per esempio, nel campo delle politiche sanitarie, Parker e Harper (2006), pur mettendo in guardia rispetto ai rischi di una funzione «ancillare» dell'antropologia, insistono sulla necessità di inaugurare un'antropologia consapevolmente politica della sanità pubblica: non più un'antropologia che resti ancorata a cornici teorico-metodologiche preesistenti, ma impegnata e a stretto contatto con i/le professionisti/e della salute, capace di analizzare criticamente i possibili effetti negativi delle politiche e di offrire spunti per la loro riformulazione. A questo proposito gli autori propongono di fare un'antropologia «della» – piuttosto che «nella» – sanità pubblica.

In un articolo in cui discute dei dilemmi etici della ricerca nell'antropologia applicata, Biscaldi (2016, 27) scrive:

In ambito applicato, è richiesto pubblicamente il nostro intervento come esperti, come formatori, come depositari di un sapere che dovrebbe risolvere problemi (e non crearne), fornire basi operative (non distruggerle), dare certezze (non destabilizzare) e quindi i problemi etici sul campo non «interessano», anzi, rischiano di compromettere la

credibilità della nostra figura professionale. Ci vengono richiesti dati, indicazioni, direzioni di lavoro, saperi spendibili e non certo di «scuotere il mondo, tirando da sotto i piedi i tappeti, rovesciando i tavolini da tè, facendo esplodere petardi» (Geertz 2001, 81).

Seguendo Parker e Harper (2006) e volendo fare un'antropologia «delle» politiche pubbliche nell'ambito della salute, in un periodo storico in cui le ingiustizie sociali imperversano, se è vero che dagli attori istituzionali ciò che ci viene richiesto non è di «scuotere il mondo», in che modo è possibile ripensare la dimensione critica della produzione di un sapere antropologico applicato? In questo contributo, a partire dall'esperienza maturata all'interno di un progetto inter-istituzionale che mirava a contrastare le disuguaglianze in salute nel Comune di Bologna (CSI 2022), sosteneremo che la dimensione critica possa risiedere non solo nello svelamento della natura storica e culturale delle politiche pubbliche e nella messa in luce degli effetti sociali che queste producono, ma anche nella capacità di «riassemblare» le questioni affrontate (Latour 2022), creando le condizioni per un riorientamento delle prassi istituzionali. Nel corso della nostra esperienza di ricerca, infatti, abbiamo adottato l'approccio proposto da Merrill Singer (1995), quando sosteneva che il principale obiettivo dell'antropologia dovesse consistere nell'individuare quei punti di accesso in cui analisi critica e intervento nel sistema possono convergere: l'invito, in estrema sintesi, è quello di coniugare un'antropologia «delle» istituzioni con un'antropologia «nelle» stesse, alimentando la seconda con i risultati della prima. Nel nostro caso, la scelta di avvalerci della ricerca-azione come metodologia di lavoro ha rappresentato un aspetto cruciale per questo fine.

nei seguenti paragrafi ci concentreremo principalmente sull'impianto del progetto e le relazioni sociali che intorno ad esso sono state attivate. Nel primo paragrafo descriveremo le diverse fasi di progetto, i rispettivi obiettivi e gli attori coinvolti. Nel secondo, ci soffermeremo sulla promozione della salute, emersa nel corso della ricerca-azione come cornice concettuale utile per riorientare l'azione dei servizi. Successivamente, nel terzo paragrafo, analizzeremo il processo di coinvolgimento degli attori nella ricerca-azione, considerato come pratica capace di generare dimensioni di autoriflessività trasformativa. Nel quarto paragrafo e a titolo di esempio, restituirò uno dei risultati del progetto, in grado di far luce sull'autoriflessività generata grazie al confronto tra gli attori. In conclusione, affronteremo il tema della dimensione critica della produzione di sapere alla luce di quanto precedentemente discusso.

Un progetto inter-istituzionale per il contrasto alle disuguaglianze sociali

Il progetto, dal titolo *L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna*, mosse i suoi primi passi nel 2017, grazie a una collaborazione non formalizzata tra il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL e l'associazione di promozione sociale Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI-APS). Tale collaborazione era volta a realizzare uno studio epidemiologico osservazionale (Gentilini et al. 2020), capace di correlare le differenze negli esiti sanitari e nell'accesso ai servizi nelle diverse aree statistiche¹ del territorio comunale (Bodini e Gentilini 2020) con le mappe di fragilità realizzate dal Comune di Bologna². Questa prima fase dello studio, conclusasi a inizio 2019, mise in luce una profonda frammentazione istituzionale che limitava la sinergia fra basi informative che avrebbero invece potuto produrre, attraverso la loro interazione, una diversa rappresentazione della realtà più utile per l'ideazione delle politiche sociali e sanitarie. Non solo fu prodotta una mappatura delle disuguaglianze in salute a Bologna, ma queste ultime divennero politicamente visibili, favorendo l'ingaggio di altri attori istituzionali. Fu infatti dopo la

¹ Le aree statistiche sono le 90 zone in cui è diviso il territorio comunale e rappresentano le unità di analisi dello studio. Ognuno dei 6 quartieri della città conta tra le 12 e le 18 aree statistiche.

² Si tratta di dati prodotti dallo studio *Periferie a Bologna: vulnerabilità e opportunità*. Una proposta di misurazione per le città italiane, che ha indagato la distribuzione cittadina di numerose variabili di fragilità. I dati aggiornati al 2020 sono disponibili su <https://public.tableau.com/app/profile/ufficio.statistiche.territoriali.bologna/viz/Fragilita/FragilitaBologna> (visualizzato in data 25 agosto 2023).

dati di flusso e si dovesse precocemente iniziare a pensare la pandemia non solo in chiave medico-sanitaria, ma anche in termini sociali. La nostra sensazione venne confermata quando iniziammo a collaborare con il Comune di Bologna nella lettura dei dati sociali, per meglio comprendere la natura e la portata dei bisogni della popolazione cittadina correlati al Covid-19. Si prenda ad esempio il caso dei buoni spesa erogati dal Comune: nel periodo compreso fra il 2 e il 10 aprile 2020 sono state presentate complessivamente 16.098 istanze, di cui solo poco più del 9% erano state riferite dai Servizi Sociali Territoriali (Comune di Bologna 2020). In modo assolutamente lungimirante il Comune ha colto quanto il sistema stesso di rilevazione fosse inadeguato a cogliere bisogni inattesi. Questi elementi, prodotti attraverso la costante collaborazione con gli attori istituzionali, hanno portato a riconoscere come le azioni di contrasto alle disparità non potessero essere limitate all'attivazione di nuovi servizi nelle aree svantaggiate, bensì necessitassero di un radicamento nella comprensione delle dinamiche che limitano la capacità di accedere agli stessi da parte delle persone. Le condizioni di praticabilità della seconda fase dello studio, che rappresenta la dimensione più innovativa rispetto ad analoghe analisi sulle disuguaglianze in salute condotte altrove, sono emerse grazie all'affiancamento degli attori istituzionali nell'immaginare insieme quali forme d'azione fosse possibile generare a partire da un «riassembaggio del reale».

Dal contrasto delle disuguaglianze alla promozione della salute

In questo scenario, le competenze antropologiche si sono rivelate utili per un ripensamento del concetto di «salute» e il conseguente riassetto organizzativo e concettuale necessario alla sua promozione. La nozione di «promozione della salute», infatti, è affascinante quanto ambigua e richiede un lavoro per la sua rifinitura. Già da tempo si trova al centro di un ampio dibattito scientifico, scaturito in relazione a quello che, solitamente ed erroneamente, viene ritenuto essere un suo sinonimo, ovvero quello di «prevenzione primaria» (Czeresnia 1999; Labonté e Laverack 2008). In epidemiologia si distingue fra tre livelli di prevenzione: la prevenzione primaria, che è volta a prevenire lo sviluppo di una malattia; la prevenzione secondaria, la quale mira a ridurre le conseguenze sfavorevoli di una malattia già manifestata; la prevenzione terziaria, principalmente rivolta a patologie croniche, che mira a evitare complicanze o ulteriori degenerazioni⁷. Questo dibattito ha messo in luce come la prevenzione primaria consista in un insieme di strategie da implementare prima dell'insorgenza dello stato patologico e improntate ad evitare la comparsa di una malattia; la promozione della salute invece è un approccio che va oltre la prevenzione delle cause patologiche e che per questo include anche le strategie di salutogenesi, cioè dirette alla produzione della salute nella sua accezione positiva. In altre parole, la prevenzione primaria, benché si occupi di evitarla, continuerebbe ad avere come cornice concettuale la malattia; la promozione invece si occuperebbe della salute, intesa come processo (e non come stato) e che non necessariamente combacia con la mera assenza di malattia (Belluto et al. 2022).

Sebbene la promozione della salute tenda spesso a essere interpretata in modo riduttivo o fuorviante, delegittimandone l'uso al di fuori dell'ambito sanitario, come afferma la Carta di Ottawa (1986) esistono molteplici livelli di azione oltre i servizi sanitari che sono essenziali per qualsiasi sforzo in questa direzione (Eriksson e Lindstrom 2008; Hem 2010). Per tale ragione occorre pensare la salute non come mera assenza di malattia, ma adottando un approccio più ampio, capace di includere i sistemi valoriali e le relazioni sociali entro cui emerge il benessere del singolo e della collettività, sostenendone il mantenimento attraverso processi sociali che agiscono rafforzandolo (Napier et al. 2014).

Il nostro contributo partiva dunque dal considerare che, se la malattia può trovare una risposta nei presidi sanitari, la salute trova la sua promozione nell'azione sulle condizioni e le relazioni sociali di vita. Il concetto di «salute», infatti, necessita di essere interpretato ben al di là della sua declinazione sanitaria e ripensato nei termini di un costrutto culturale (dipendente da ciò che dà valore alla vita per

⁷ Alcuni approcci includono anche la prevenzione quaternaria, volta a prevenire i danni iatrogeni, cioè prodotti dalla stessa biomedicina (Jamouille et al. 2018).

ognuno/a di noi), da generare socialmente agendo sulle relazioni di cui i soggetti partecipano nei propri contesti di vita (Quaranta 2014). In questo senso, non favorire la sinergia tra questi due piani (la malattia come oggetto di lavoro dei servizi; la salute come ciò che può essere promosso attraverso l'azione sulle relazioni sociali) limita la capacità di agire sulle disuguaglianze in salute (Quaranta 2023).

Il ruolo dell'antropologia non è stato quindi solo quello di fornire una lettura critica della risposta istituzionale alla pandemia di Covid-19, ma anche di supportare i servizi e le istituzioni cittadine nella rilettura delle loro prassi e dei loro assetti organizzativi. Questo con l'obiettivo di intercettare i bisogni di salute che, attraverso l'utilizzo di basi informative standardizzate basate sulla sola analisi delle prestazioni erogate, rimanevano sommersi, e di andare così a configurare nuovi assetti maggiormente orientati alla promozione del benessere.

Il processo di ricerca-azione

Come precedentemente accennato, l'impianto metodologico che ha sorretto l'intero progetto è stato quello della ricerca-azione. La ricerca-azione implica che la produzione di conoscenze avvenga mediante pratiche collaborative, attraverso cui contribuire allo sviluppo di un sapere utile per comprendere i problemi che le persone che partecipano alla ricerca devono affrontare e, a partire da qui, generare una trasformazione sociale (Loewenson et al. 2014). In questo quadro, il processo di produzione della conoscenza è pensato come inseparabile da quello attraverso il quale costruiamo la realtà e produciamo trasformazioni su di essa.

Nella ricerca-azione applicata agli ambiti del contrasto delle disuguaglianze e della promozione della salute, un campo privilegiato di analisi e d'intervento è quello dell'impatto dei servizi e delle politiche sui determinanti sociali della salute. In questo quadro, i risultati di una ricerca-azione non sono esclusivamente da intendersi sul piano della generazione di nuove conoscenze (in questo caso, quali determinanti agiscono sulla salute delle persone in un dato territorio), ma anche delle nuove relazioni che si instaurano (tra servizi, istituzioni, associazioni, abitanti e gruppo di ricerca), producendo conoscenze e consapevolezze condivise e costruendo nuove forme di azione integrata e partecipata (Bodini et al. 2023a).

La ridefinizione della capacitazione in termini relazionali ha interessato il nostro lavoro con i servizi e i decisori politici, nel tentativo di tradurre in termini metodologici l'assunto teorico che vede i significati come emergenti da processi intersoggettivi di co-costruzione partecipativa. In altre parole, il lavoro svolto tanto con le articolazioni centrali delle istituzioni quanto con gli attori sul territorio si è configurato come una diretta implicazione di ricercatrici e ricercatori in processi di co-costruzione e riassettaggi concettuali volti a guadagnare una diversa immaginazione delle prassi possibili.

Il lavoro di ricerca-azione ci ha visti/e quindi coinvolti/e in processi di produzione collaborativa di un ripensamento della salute nei termini della capacità delle persone di condurre la propria vita alla luce di ciò che, per loro, le dà senso. Pensare la salute come assenza di malattia produce lo schiacciamento della sua promozione sulle azioni di contrasto e cura delle patologie e non porta l'attenzione sulle relazioni sociali che limitano o agevolano la possibilità di condurre una vita qualificata. Parimenti, se la salute dipende da ciò che per ognuno dà valore alla vita, diventa difficile prendersene cura se le persone non vengono coinvolte nella definizione del loro miglior interesse e dei loro bisogni. A tal fine è stato fondamentale supportare gli interlocutori territoriali anche in un ripensamento del concetto stesso di «partecipazione».

Quest'ultima è infatti spesso declinata nei termini di un coinvolgimento di realtà della società civile già istituite in collettivi e associazioni (Carlone 2023), senza raggiungere chi, proprio in virtù di dinamiche di esclusione, avrebbe maggiormente bisogno di essere raggiunto. Il concetto di partecipazione, in termini teorici, poggia sull'idea che i significati e le esperienze non sono costruite da individui isolati, ma nelle relazioni che le persone intessono e dalle quali sono intessute (Consoloni e Quaranta 2021). Questo ci ha portato a ridefinire la partecipazione come lo strumento per la produzione e riproduzione di un senso di appartenenza comunitario, e non come un mezzo per

convocare comunità immaginate come articolazioni naturali degli ordinamenti sociali. Sulla base di queste riflessioni abbiamo quindi lavorato sulla necessità di ripensare i servizi territoriali in termini proattivi, dotandoli di figure di prossimità, capaci di individuare le persone marginalizzate e creare con loro relazioni di fiducia, volte a favorire la partecipazione non solo nella definizione dei bisogni ma anche nell'individuazione delle risorse che il territorio esprime, creando rapporti significativi attraverso cui guadagnare un maggiore controllo sulla propria vita.

Conseguentemente nella terza fase della ricerca-azione (aprile 2021-dicembre 2022), volta a realizzare delle sperimentazioni in tre delle sei aree coinvolte nel progetto, ci si è impegnati/e a capacitare i servizi territoriali nel favorire la partecipazione come fine in sé, anziché come mezzo per dare efficienza ed efficacia agli interventi di sanità pubblica.

Il processo di coinvolgimento degli attori all'interno della ricerca-azione è stato eterogeneo. Infatti, in alcuni quartieri il progetto ha presto incontrato l'interesse degli interlocutori, e sono stati costruiti dei Tavoli che fungevano da cabina di regia per la programmazione delle attività di ricerca a livello locale e micro-locale; in altri, il coinvolgimento sembra essere stato meno vivido e i Tavoli meno partecipati, anche da un punto di vista puramente numerico. Pur data tale eterogeneità, in ciascun quartiere si è comunque riusciti/e a costruire un'analisi condivisa dei principali snodi del sistema dei servizi, e delle loro potenzialità in termini di promozione della salute e dell'equità. Utile, a tal fine, è stata la condivisione delle mappe generate nella prima fase del progetto e il coinvolgimento delle/ gli operatrici/tori nell'immaginare insieme i passi da compiere per comprendere i meccanismi generativi della iniqua distribuzione del carico di malattia a livello cittadino. Nel fare tesoro della loro conoscenza del territorio, le equipe di ricerca a livello di quartiere hanno potuto trasferire competenze relative ai determinanti sociali della salute e alla sua promozione.

GARSIA: andare «oltre» il dato

Posto che gli esiti di una ricerca-azione non sono quindi da considerarsi unicamente sul piano della produzione di nuove conoscenze, bensì anche (e soprattutto) sulla capacità di generare un capitale di azione attraverso il coinvolgimento degli attori e la creazione di spazi in grado di stimolare un'autoriflessività trasformativa, riportiamo uno dei principali risultati del progetto in questo senso. Il sistema informatico utilizzato dal Comune di Bologna è GARSIA (Gestione Accesso Rete Socio-Sanitaria Integrata Automatizzata): si tratta di uno strumento a sostegno della programmazione territoriale attraverso la raccolta dei bisogni della popolazione, nato alla fine degli anni novanta nel territorio bolognese per rispondere a esigenze operative e di integrazione nell'ambito del sistema di welfare locale (Bosi et al. 2012). Nel corso della ricerca-azione tale piattaforma è stata interrogata per reperire informazioni sul funzionamento dei Servizi Sociali Territoriali, cercando uno sguardo «micro» in grado di restituire le eventuali differenze – nel bisogno e nella risposta – tra le diverse aree della città. In questo caso non si è trattato di confrontarci con una specifica politica pubblica, ma con un dispositivo che risponde a diverse politiche nell'ambito della governance dei servizi sociali (ad esempio, misure che regolano l'erogazione di contributi e sussidi, per l'attribuzione di servizi sociosanitari a favore di persone non autosufficienti e/o disabili o di servizi sociosanitari a supporto dei caregiver familiari).

Grazie alle interlocuzioni con i/le referenti dei Servizi Sociali in ogni quartiere e con il responsabile del sistema informatico, si è riusciti/e a costruire una visione critica dei dati raccolti, utile a guidarne l'interpretazione. Abbiamo così potuto osservare che, in un'architettura di dati ricca e complessa, sono tutto sommato poche (benché significative) le voci che consentono una comparazione tra aree della città e/o una stima della domanda. Infatti, la non obbligatorietà di compilazione di diversi campi (principalmente quelli a cui non corrisponde una transazione economica) rende molte voci estremamente disomogenee in funzione della prassi locale, del tempo disponibile per la compilazione, o di altre variabili non note ma dimostrate dall'eterogeneità del dato raccolto. Esistono poi servizi per i quali il tetto di spesa definisce la possibilità di erogazione, rendendo quindi impossibile un confronto o una stima della domanda.

Più che il dato in sé, comunque utile a rendere un quadro della situazione (perlomeno su alcuni indicatori), l'aspetto più significativo emerso da questo approfondimento è stato l'interesse diffuso tra i diversi interlocutori coinvolti per la condivisione e il confronto a partire dal dato. Infatti, la possibilità per i/le referenti di quartiere di osservare la distribuzione per area statistica dei servizi da loro coordinati, nonché di confrontarsi tra quartieri, è stata valutata come estremamente utile, tanto da generare l'invito a estendere tale condivisione a operatori/trici dei servizi.

D'altro canto, uno degli obiettivi di GARSIA è quello di raccogliere in tempo reale una notevole quantità di dati che possono essere utilizzati per la programmazione dei servizi, una funzione che a oggi, tuttavia, appare non pienamente realizzata. Nel corso dei confronti con gli/le operatori/trici dei servizi è emerso infatti che molti punti qualificanti del loro lavoro scompaiono nel sistema e, non essendo rendicontati, non riescono neppure a essere adeguatamente valorizzati. Si tratta di tutti quegli aspetti relazionali che costituiscono spesso il cuore dell'intervento sociale, ma che sono difficilmente quantificabili e ancor più difficilmente monetizzabili.

Un'ulteriore riflessione scaturita nel corso della ricerca riguarda l'opportunità di uno sviluppo del sistema informatico che consentirebbe una disaggregazione maggiore dei dati, non solo per tipologia di servizio ma anche contemporaneamente per fascia d'età e area statistica. Questo permetterebbe un allineamento con gli altri set di dati raccolti di routine dal Comune (indicatori sociali, demografici, economici delle mappe di fragilità) e, grazie al progetto, ora anche dall'AUSL (indicatori sanitari), andando ad arricchire gli elementi utili non solo allo studio e alla comprensione delle disuguaglianze cittadine, ma soprattutto a una programmazione più efficace in termini di promozione di salute ed equità. Un aspetto da tenere in considerazione a questo proposito è che le infrastrutture della conoscenza sono spesso poco funzionali a riconoscere, descrivere e rendere visibili i fenomeni all'origine delle vulnerabilità, rendendo le stime delle disuguaglianze sociali in salute verosimilmente errate per difetto. Per questo motivo, tali infrastrutture tendono più a riprodurre le disuguaglianze esistenti che eliminarle (Mozzana 2019; Ranci 2021).

A titolo esemplificativo: la mappatura prodotta dalla prima fase del progetto ha mostrato come in alcune aree cittadine l'incidenza del diabete di tipo 2 superi del 30% la media cittadina. Si tratta di aree caratterizzate da maggiore svantaggio sociale e segnate da una forte presenza di comparti di edilizia residenziale pubblica. I dati forniti dai sistemi di monitoraggio sopra descritti non sembrano capaci di fornire quegli elementi di contesto capaci di indicare quali dinamiche stiano effettivamente generando una tale iniqua distribuzione del carico di malattia. Per questo l'equipe coinvolta nella fase qualitativa del lavoro ha affiancato i Servizi Sociali del quartiere nel trasformare l'iniziale progetto volto alla informazione e prevenzione del diabete di tipo 2 in un progetto di promozione della salute. Aniché realizzare un programma di informazione volto a fornire alle persone le giuste indicazioni su come prevenire il diabete di tipo 2, ci si è concentrati/e sull'impiego di figure di prossimità (nella fattispecie figure di mediazione sociale) con l'obiettivo di comprendere le dinamiche che limitano la capacità delle persone di adottare comportamenti preventivi, come la corretta alimentazione e un'adeguata attività fisica.

In assenza di tale comprensione, i programmi di informazione ed educazione sanitaria non possono generare un mutamento dei comportamenti individuali. Molte delle persone residenti, infatti, per ragioni di isolamento e di scarse possibilità economiche, difficilmente avrebbero avuto modo di cambiare il proprio agire. Da un'iniziativa volta a fornire informazioni attraverso cui i singoli residenti avrebbero dovuto rimodulare i propri comportamenti, si è passati/e a un intervento volto a mettere le persone in condizione di generare un cambiamento comportamentale attraverso la creazione di relazioni significative capaci di spezzare l'isolamento e di creare forme di socialità attraverso cui guadagnare ed esercitare un maggior controllo sulle circostanze sociali della propria vita. Dall'erogazione di una prestazione (fornire opuscoli e organizzare incontri informativi), l'intervento si è concentrato sulla costruzione di relazioni attraverso il coinvolgimento di figure che andassero a scovare il bisogno di chi difficilmente si sarebbe attivato, anche solo per partecipare a momenti informativi. Dalla costruzione di relazioni di fiducia con le/i mediatrici/tori sociali, si è creato uno spazio per le persone residenti in cui partecipare alla co-costruzione delle proprie esigenze

e alla individuazione dei limiti alla loro realizzazione. In questo modo, il progetto di ricerca-azione si è configurato come un'opportunità di supporto ai servizi territoriali per generare un capitale d'azione trasformativo delle prassi istituzionali abituali, mettendo al centro la promozione della salute.

La pandemia da Covid-19 ha certamente contribuito all'emersione delle condizioni di riconoscimento autoriflessivo dei limiti dell'agire istituzionale, mettendo in luce la necessità di ripensare le basi informative di cui tener conto nella programmazione sociale e sanitaria (Caselli et al. 2022), aprendosi alla dimensione processuale del monitoraggio dei bisogni attraverso azioni proattive. Queste ultime implicano la presenza sul territorio di servizi (quali ad esempio le Microaree)⁸ e di figure (agenti o promotori di salute) volti ad attivare forme di partecipazione e individuare sia i bisogni inespressi sia le risorse che il territorio può fornire come risposta a quegli stessi bisogni. Organizzare i servizi territoriali attraverso iniziative proattive (di outreach) significa ripensarli non più come erogatori di prestazioni, ma come attivatori di relazioni e di meccanismi partecipativi, facendo così emergere quegli elementi di contesto altrimenti assenti.

Conclusioni

In questo contributo abbiamo cercato di mostrare come il ragionamento antropologico abbia guadagnato centralità istituzionale, fornendo indicazioni utili alla riorganizzazione dei servizi sanitari e sociali territoriali. Come si è visto, il progetto si è principalmente incentrato sulla costruzione di relazioni con le istituzioni e con i servizi, creando spazi di autoriflessività sull'equità e sulla promozione della salute.

Mostrare a professionisti/e della salute, educatori/trici sociali e operatori/rici dove si colloca il loro operato rispetto alla (ri)produzione delle disuguaglianze sociali significa anzitutto svelare gli impliciti alla base delle pratiche e dei loro assetti organizzativi. Come sottolinea Dei (2017, 23):

Le nostre esperienze quotidiane di cittadini sono radicate in modo così profondo nelle strutture dello Stato (le sue leggi, i sistemi valoriali e normativi, le istituzioni, i disciplinamenti) da farcele apparire come uno sfondo naturale dell'esistenza. È compito dell'antropologia smontare questa ovvietà quotidiana e mostrarne il carattere culturalmente e storicamente costruito: far vedere cioè lo Stato non come una sorta di entità esterna e sostantiva, ma come un'articolazione di strutture di esperienza, di pratiche della quotidianità.

«Smontare le ovvietà quotidiane» significa quindi svelare gli impliciti che sono dietro alle politiche pubbliche e alle prassi istituzionali, denaturalizzandole e riconoscendole in quanto prodotti culturali. In questo senso, la dimensione critica prodotta dall'antropologia si sostanzia in varie forme di emersione di saperi «subalterni» che, nell'andamento attuale dei sistemi di protezione sociale, vengono sistematicamente silenziati, provocando squilibri e assenza di risposte la cui gravità è emersa dalle richieste delle stesse istituzioni.

La ricerca-azione tuttavia non si è limitata a destabilizzare il presente mettendone in luce la natura profondamente storica e dunque arbitraria, quanto piuttosto a «cartografarlo», attraverso il riassetto concettuale di una serie di assi portanti della retorica e della pratica politica cittadina: dal concetto di salute (intesa come la capacità di condurre la propria vita alla luce di ciò che le dà valore, per ognuno/a), a quello di prossimità (non più intesa nei termini di vicinanza fisica dei servizi, ma di capacità di tessere relazioni significative), di partecipazione (non come mezzo per coinvolgere comunità costituite, ma come fine per promuovere la capacitazione in termini relazionali e produrre un senso di appartenenza comunitario) e di integrazione socio-sanitaria (non come giustapposizione,

⁸ Il modello della Microarea è nato a Trieste per facilitare l'accesso e la presa in carico sociosanitaria delle persone residenti nelle aree più fragili, di solito a edilizia popolare e a basso reddito (Rotelli 2016). Nel contesto bolognese è in corso di sperimentazione un approccio che si ispira a quello triestino, riadattato alle specificità locali.

ma come sinergia fra analisi dei determinanti sociali e pratiche di assistenza). L'operazione di critica culturale del sapere antropologico va così a declinarsi nei termini della produzione di una rinnovata rappresentazione della realtà, capace di rendere pensabili alternative possibili per l'agire istituzionale. In linea con il pensiero di Latour (2022), la rappresentazione della realtà è stata quindi riassetolata istituendo connessioni precedentemente non selezionate culturalmente e rendendo pensabili possibilità di istituire diversamente il sociale. Riassetolare il sociale significa creare spazi nei quali mobilitare la ricerca di soluzioni, a partire dai bisogni (tanto istituzionali quanto personali) degli attori. È in questo senso che la ricerca-azione ha potuto generare un capitale d'azione trasformativo. A fare la differenza è la rete di relazioni a fondamento della capacità di azione, anche delle pratiche di ricerca: è stato infatti a partire dalle concrete possibilità di interazione che abbiamo immaginato come declinare la dimensione trasformativa della produzione partecipata della conoscenza. Quanto mai attuali in proposito ci appaiono le considerazioni di Seppilli (2008, 117), quando rimarcava che la funzione pubblica e non neutrale della ricerca:

Si manifesta non tanto come intrusione di distorsioni ideologiche entro l'ambito dei procedimenti di indagine, quanto a monte, nella gerarchia delle scelte dei campi su cui indagare, e a valle, nell'uso sociale dei risultati.

Lo spazio che in questo campo si apre per l'antropologia sembra superare il dibattito tra una «Theory» astrattamente assestata su posizioni critiche e un sapere che invisibilizza le contraddizioni prodotte dal sistema sociale. Nell'affrontare le sfide poste dal coinvolgimento istituzionale, le/gli antropologhe/i si trovano impegnate/i nell'interrogare il mandato che gli viene posto, negoziando costantemente il processo stesso della propria implicazione relazionale, consapevoli delle possibili conseguenze inattese di ogni azione. Come le scienze sociali ben sanno, i rapporti di senso sono rapporti di potere e quella per la classificazione del mondo è inevitabilmente un'arena di lotta fra molteplici prospettive. La sfida più significativa continua ad essere squisitamente culturale: chi (e come) definisce la salute e le pratiche idonee alla sua promozione?

Riferimenti bibliografici

- Belluto, M., Consoloni, M., Di Pumpo, M., Fantini, S. e Schenone, I. (2022) *I bisogni di salute di una comunità: il punto di vista antropologico*, in *Monografia sulla Primary Health Care*, Vol. 1, Perugia, Cultura e Salute Editore, pp. 306-322.
- Biscaldi, A. (2016) *La responsabilità di esser-ci. I dilemmi etici della ricerca in antropologia applicata*, «Antropologia Pubblica», 2 (2), pp. 27-40.
- Bodini, C., Cacciatore, F., Ciannameo, A., Maranini, N. e 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 I. Severi e N. Landi (a cura di), *Going Public. Percorsi di antropologia pubblica in Italia*, Bologna, CIS-Università di Bologna, pp. 131-158.
- Bodini, C. e Gentilini, V. (2020) *Addressing Health Inequities in the City of Bologna: A MixedMethod, Multi Stakeholder and Action-Research Approach Towards Health Equity*, in A. Battisti, M. Marceca e S. Iorio (a cura di), *Urban Health. Participatory Action-research Models Contrasting Socioeconomic Inequalities in the Urban Context*, Cham, Springer, pp. 93-112.
- Bodini, C., Gentilini, V., Paganoni, C. e Riccio, M. (2021) *L'equità nel diritto alla salute: una ricerca-azione multi-metodologica e interdisciplinare per il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna*, in M. Castrignanò (a cura di), *Sociologia dei quartieri urbani*, Milano, Franco Angeli, pp. 111-131.
- Bodini, C., Consoloni, M., D'Avanzo, V., Giaimo, S. e Valoncini, M. (2023a) *Lezioni dalla sindemia: integrazione, prossimità e partecipazione per promuovere equità e salute*, in M. Castrignanò e T. Rimondi (a cura di), *Bologna dopo la pandemia. Impatto territoriale e scenari futuri*, Milano, Franco

- Angeli, pp. 68-85. Bodini, C., Consoloni, M., D'Avanzo, V., Giaimo S. e Valoncini, M. (2023b) *Community Development and Health Promotion in Contemporary Policy: Results from an Action-Research Project in Bologna (Italy)*, «Community Development Journal», 58(4), pp. 614-633.
- Bosi, P., Lorenzini, M., Scagliarini, A., Paltrinieri, F., Lambertini, C. e Bertoni, F. (2012) *Il sistema informativo socio-sanitario e il supporto all'attività di programmazione*, in *Risposte alla crisi. Esperienze, proposte e politiche di welfare in Italia e in Europa*, Atti del V Convegno ESPAnet, Roma, 20-22 settembre 2012, pp. 22-31.
- Brambilla, A. e Maciocco, G. (2022) *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Roma, Carocci.
- Carlone, T. (2023) *Non ci resta che partecipare. Una riflessione sulla partecipazione civica a Bologna tra processi istituzionali e istanze dal basso*, «Tracce urbane. Rivista italiana transdisciplinare di studi urbani», 8 (12), pp. 94-118.
- Caselli, D., Giullari, B. e Mozzana, C. (2021) *Prepared to Care? Knowledge and Welfare in a Time of Emergency*, «Sociologica», 15 (3), pp. 107-124.
- Comune di Bologna (2020). *Erogazione dei buoni spesa Covid-19, Report di sintesi elaborato dall'Area Welfare e Benessere di Comunità*, <http://comunicatistampa.comune.bologna.it/files/0-2020/6-giugno/buoni-spesasintesi-finale.pdf>.
- Consoloni, M. e Quaranta, I. (2021) *Lockdown dall'alto, comunità dal basso: ripensare la cura in tempo di pandemia*, «Civiltà e Religioni», 7, pp. 123-136.
- CSI – Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna (2022) *L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna. Report delle attività di ricerca*, <https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/tutti-i-materiali-dellaricerca-l-equita-nel-diritto-alla-salute>.
- Czeresnia, D. (1999) *The Concept of Health and the Difference between Prevention and Promotion*, «Cadernos de saúde pública», 15 (4), pp. 701-709.
- Dei, F. (2017) *Di Stato si muore? Per una critica dell'antropologia critica*, in F. Dei e C. Di Pasquale (a cura di), *Stato, violenza, libertà. La «critica del potere» e l'antropologia contemporanea*, Roma, Donzelli, pp. 9-49.
- Eriksson, M. e Lindstrom, B. (2008) *A Salutogenic Interpretation of the Ottawa Charter*, «Health Promotion International», 23 (2), pp. 190-199.
- Geertz, C. (2001) *Antropologia e filosofia. Frammenti di una biografia intellettuale*, Bologna, Il Mulino.
- Gentilini, V., Bodini, C., Di Girolamo, C., Campione, I., Cavazza, G., Marzaroli, P., Musti, M. A., Perlangeli, V., Pandolfi, P., Pizzi, L. e Riccio, M. (2020) *An Ecological Study on Health Inequalities in the City of Bologna (Emilia-Romagna Region, Northern Italy): Bridging Knowledge and Action*, «Epidemiologia e prevenzione», 44 (5-6), Suppl. 1, pp. 45-53.
- Hem, H.E. (2010) *Anthropology and Health Promotion*, in S. Fainzang, H.E. Hem e M.B. Risor (a cura di), *The Taste for Knowledge: Medical Anthropology Facing Medical Realities*, Aarhus, Aarhus University Press, pp. 69-81.
- Jamoulle, M., Roland, M., Bae, J. M., Heleno, B., Visentin, G., Gusso, G., Godycki-Cwirko, M., Pizzanelli, M., Ouvrard, P., La Vallev, R., Gomes, F., Widmer, D., Bernstein, J., Marino, M., Lima Wagner, H, e Rossi, I. (2018) *Ethical, Pedagogical, Socio-Political and Anthropological Implications of Quaternary Prevention*, «Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade», 13 (40), pp. 1-14.
- Labonté, R. e Laverack, G. (2008) *Health Promotion in Action: From Local to Global Empowerment*, London, Palgrave Macmillan.
- Latour, B. (2022) *Riasssemblare il sociale: Actor-Network Theory*, Milano, Mimesis.
- Leresche, F. (2023) *Anthropological Knowledge and Power Relations: Introduction*, «Swiss Journal of Sociocultural Anthropology», 28, pp. 9-15.

- Loewenson, R., Laurell, A. C., Hogstedt, C., D'Aumbruso L. e Schroff, Z. (2014) *Participatory Action Research in Health Systems: A Methods Reader*, Harare, TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET.
- Mozzana, C. (2019) *Welfare, capacità e conoscenza. Le basi informative dell'azione pubblica*, Roma, Carocci.
- Napier, A., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Smith, S., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., Tyler, N., Volkmann, A., Walker, T., Watson, J., De Williams, A., Willott, C., Wilson, J., Woolf, K. (2014) *Culture and Health*, «The Lancet», 384 (9954), pp. 1607-1639.
- Parker, M. e Harper, I. (2006) *The Anthropology of Public Health*, «Journal of Biosocial Science», 38 (1), pp. 1-5.
- Porcellana, V. (2020) *Alle radici di una crisi. riflessioni antropologiche sul welfare italiano*, «Illuminazioni», 53, pp. 202-227.
- Quaranta, I. (2014) *Antropologia medica e salute globale*, «AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica», 16 (37), pp. 127-146.
- Quaranta, I. (2023) *Covid-19 e lo svelamento dell'implicito. Il ruolo dell'antropologia nel ripensamento dei servizi sociosanitari*, in M. Benadusi, M. Giuffrè, S. Marabello e M. Turci (a cura di), *La caduta. Antropologia dei tempi inquieti*, pp. 263-280.
- Ranci, C. (2021) *Per una sociologia degli ultimi. Il contributo di Antonio Tosi all'analisi critica delle politiche sociali*, «Social Policies», 8 (3), pp. 441-448.
- Rotelli, F. (2016) *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*, Merano, Alfabeta Verlag.
- Seppilli, T. (2008) *Neutralità e oggettività nelle scienze sociali. Linee per una riflessione critica sul rapporto tra conoscenza e prassi*, in M. Minelli e C. Papa (a cura di), *Scritti di Antropologia Culturale. I problemi teorici, gli incontri di culture, il mondo contadino*, Firenze, Olschki, pp. 105-125.
- Shore, C. e Wright, S. (a cura di) (2003) *Anthropology of Policy: Perspectives on Governance and Power*, London-New York, Routledge.
- Shore, C. (2012) *Anthropology and Public Policy*, in R. Fardon, O. Harris, T.H.J. Marchand, M. Nuttall, C. Shore, V. Strang, R.A. Wilson (a cura di), *The Sage Handbook of Social Anthropology*, London, Sage Publications, pp. 89-104.
- Singer, M. (1995) *Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology*, «Medical Anthropology Quarterly», 9 (1), pp. 80-106.
- Tate, W. (2020) *Anthropology of Policy: Tensions, Temporalities, Possibilities*, «Annual Review of Anthropology», 49, pp. 83-99.
- Vallerani, S. (2022) *Riflessioni sociologiche su un rapporto in bilico. Salute e PNRR tra pulsioni conservatrici e istanze trasformative*, «Autonomie Locali e Servizi Sociali. Quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare», 2 (1), pp. 255-272.
- Wedel, J.R., Shore, C., Feldman, G. e Lathrop, S. (2005) *Toward an Anthropology of Public Policy*, «The Annals of the American Academy of Political and Social Science», 600 (1), pp. 30-51.