

Fini del mondo, fine dei mondi **Comunità e salute globale**

a cura di
Gianfranca Ranisio, Eugenio Zito



Morlacchi Editore *University Press*

ITACA
Itinerari di Antropologia Culturale
collana diretta da
Cristina Papa

17.

Morlacchi Editore U.P.

ITACA
Itinerari di Antropologia Culturale

La collana ITACA accoglie studi e ricerche di antropologia culturale intesa in una accezione larga, che oltrepassa le tradizionali partizioni areali, tematiche e temporali. Si rivolge ad un pubblico universitario e specialistico.

COMITATO SCIENTIFICO

Fabio Dei (*Università di Pisa*)
Alessandro Lupo (*Università di Roma La Sapienza*)
Roberto Malighetti (*Università Milano Bicocca*)
Chris Shore (*Università di Auckland*)
Valeria Siniscalchi (*EHSS Marsiglia – Centre Norbert Eliàs*)
Filippo Zerilli (*Università di Cagliari*)

DIREZIONE

Cristina Papa (*Università di Perugia*)

COMITATO DI REDAZIONE

Maddalena Burzacchi (*Università degli Studi di Perugia*)
Michelangelo Giampaoli (*DePaul University*)
Gianni Giombolini (*Università degli Studi di Perugia*)
Daniele Parbuono (*Università degli Studi di Perugia*)
Georgeta Stoica (*Università di Mayotte*)

Tutti i volumi sono sottoposti a duplice referaggio anonimo.

Fini del mondo, fine dei mondi
Comunità e salute globale

a cura di

Gianfranca Ranisio, Eugenio Zito

Morlacchi Editore U.P.

Questo volume è stato pubblicato con il contributo dell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

Prima edizione 1° 2025

ISBN/EAN: 978-88-9392-571-6

DOI: <https://doi.org/10.61014/ITACA/vol17>

The online digital edition is published in Open Access on series.morlacchilibri.com Content license: except where otherwise noted, the present work is released under Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0: <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>). This license allows you to share any part of the work by any means and format, modify it for any purpose, including commercial, as long as appropriate credit is given to the author, any changes made to the work are indicated and a URL link is provided to the license.

© 2025 Author(s)

Published by Morlacchi Editore

P.zza Morlacchi, 7/9, 06123 Perugia, Italy www.morlacchilibri.com

Finito di stampare nel mese di gennaio 2025, presso la tipografia LOGO spa, Borghorico (PD).

INDICE

Gianfranca Ranisio, Eugenio Zito	
<i>Fine del mondo</i> , comunità e salute globale. Un'introduzione	9

PARTE I

Crisi e scenari apocalittici, riflessioni critiche

Alessandro Lupo	
Antropologia medica, fini dei mondi e nuove comunità	26
Gilles Bibeau	
Domani, quale civiltà?	32
<i>Introduzione</i>	32
<i>Il nostro ingresso in un mondo ipertecnicizzato</i>	36
<i>Lo Stato di eccezione come norma nelle società odierne</i>	42
<i>Il capitalismo su scala planetaria</i>	46
<i>Il Sud globale contro l'Occidente collettivo</i>	50
<i>Necessità di continuare la nostra riflessione</i>	55
Adriana Petryna	
Lavoro d'orizzonte. Ai confini della conoscenza in un'epoca di cambiamenti climatici fuori controllo	60
Roberto Beneduce, Andrea F. Ravenda	
Apocalissi, crisi climatica e nuove forme di sofferenza. Un esercizio di immaginazione antropologica	75
<i>Antropologia della/nella crisi climatica</i>	75
<i>Salute e soglie biologico-sociali</i>	78
<i>La fine del mondo: un delirio?</i>	82
<i>Imparare da coloro che hanno già conosciuto l'Apocalisse</i>	84

Fabio Dei, Luigigiovanni Quarta	
Riflessioni sulla crisi: appunti per un'antropologia demartiniana	93
<i>Introduzione</i>	93
<i>Fine del mondo: ma il mondo non può finire</i>	95
<i>Mito, rito e coscienza storica</i>	99
<i>A che punto siamo?</i>	102
<i>La nostalgia dell'Essere</i>	107

PARTE II

Salute, diseguaglianze e sofferenze, contributi critici di fronte alle crisi dei mondi contemporanei

Chiara Moretti, Giovanni Pizza, Pino Schirripa	
<i>Pharmakon. Farmaci e vaccini tra rimedio e apocalisse</i>	114
<i>Introduzione</i>	114
<i>Le questioni</i>	115
<i>Vita sociale e polivalenza delle sostanze farmacologiche</i>	118
<i>I presidi di prevenzione tra esitazioni e rivendicazioni</i>	122
Simona Taliani	
Generare in un mondo <i>inguaiato</i> . Tecnologie della riproduzione e riproduzione della parentela	131
<i>Arene di (dis)umanizzazione</i>	131
<i>Rischi di vita, rischi di morte</i>	136
<i>Riumanizzazioni del materno (e, con esso, di tutto il resto)</i>	139
<i>Propulsioni conclusive</i>	145
Donatella Cozzi, Patrizia Quattrocchi	
Diritti alla salute e disuguaglianze. Crisi e transizioni	151
<i>Introduzione</i>	151
<i>Il diritto di invecchiare tra ageismo e disuguaglianze di genere</i>	154
Maddalena Burzacchi, Cristina Papa	
Sovranità alimentare e nuove forme di produzione e circolazione del cibo: risposte e alternative per una salute globale	165
<i>Per una salute globale multispecie</i>	165
<i>"Plantationocene" o l'era della piantagione</i>	169
<i>Nuove prospettive nella produzione e circolazione del cibo</i>	171
<i>Considerazioni conclusive</i>	179

Massimiliano Minelli, Ivo Quaranta	
Antropologia medica e promozione della salute. Ripensare i servizi socio-sanitari e sperimentare le comunità di cura attraverso la pandemia	187
<i>Introduzione</i>	187
<i>Disuguaglianze e politiche di prossimità</i>	188
<i>Assemblaggi</i>	192
<i>I contributi dell'antropologia medica</i>	193
<i>Costruire comunità di cura</i>	196
<i>Etnografia e pratiche partecipative</i>	199
<i>Alleanze e logiche della cura</i>	202
Eugenio Zito	
L'altro lato della guerra: corpi, genere e salute nell'esperienza di profughi, rifugiati e richiedenti asilo	207
<i>Guerre contemporanee e umanità in fuga</i>	207
<i>Questioni di genere: donne rifugiate, tra vittimizzazione e destoricizzazione</i>	211
<i>Traiettorie di cura e percorsi di salute, tra violenza strutturale e agency</i>	217
Gli Autori	229

Massimiliano Minelli, Ivo Quaranta

Antropologia medica e promozione della salute. Ripensare i servizi sociosanitari e sperimentare le comunità di cura attraverso la pandemia

Introduzione

Nello scenario in mutamento della pandemia da Covid-19, le reiterate situazioni di emergenza hanno contribuito a rendere più complesso, articolato e contraddittorio il quadro delle politiche socio-sanitarie e delle pratiche di salute comunitaria. A fronte di iniziative che hanno sperimentato nuovi spazi di incontro e operatività, immaginando possibili comunità di cura, i servizi di salute territoriale hanno attraversato una complessa fase di ridefinizione delle politiche del rischio, tra richieste di delega e mandato di controllo. Le iniziative che negli anni seguenti hanno preso forma all'insegna del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e del successivo DM 77 nel contesto italiano hanno inoltre concorso a infittire ulteriormente il quadro delle dinamiche in corso e i tentativi di mettere a sistema le lezioni apprese in seguito alla crisi generata dall'emergenza sanitaria.

In questo quadro mutevole di eventi e di processi, è necessario approfondire la riflessione antropologica intorno a due fuochi di analisi: da un lato l'impatto della pandemia nel ripensamento delle politiche, dei modelli organizzativi e delle prassi relative alla prevenzione e alla promozione della salute; dall'altro il crescente riconoscimento dell'importanza del coinvolgimento della società civile nelle sue diverse forme di aggregazione nella realizzazione di tali prassi. La relazione fra questi due livelli è infatti terreno fertile di analisi critica, vista la sua specifica declinazione nei diversi contesti regionali, nazionali e internazionali e i differenti modi di confrontarsi con le ineguaglianze sociali e le vulnerabilità strutturali¹.

1 Su questi aspetti si è sviluppato un ricco scambio di esperienze di ricerca e

Disuguaglianze e politiche di prossimità

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato senza dubbio una “situazione limite” in cui si sono evidenziati quei processi impliciti che abitualmente informano la nostra realtà sociale: dal sotto-finanziamento della sanità pubblica, alle differenze e disparità fra regioni, ai limiti di un approccio medico ospedalocentrico e sempre più schiacciato sull’avanzamento tecnologico, ai valori che guidano le scelte in materia di politiche sanitarie, alla natura dei rapporti politici nel contesto europeo e globale. Il PNRR prima, e il DM 77 dopo, hanno segnato la strada per fare tesoro di queste lezioni, invitando a ripensare l’articolazione territoriale dei servizi attraverso una loro più fattiva sinergia e tramite nuovi modelli organizzativi, centrati intorno alle Case della Comunità come strategia di rilancio delle Case della Salute (nel Paese spesso ridotte a poliambulatori, laddove si sia già provveduto ad attivarle). All’insegna di un progetto *top-down* come il Next Generation EU (e il conseguente PNRR) riemergono vecchi cavalli di battaglia che la storia del Sistema Sanitario Nazionale ben conosce per la loro mancata (o solo parziale) implementazione: prossimità, integrazione e partecipazione comunitaria. I nostalgici di Alma Ata non faranno fatica a cogliere come ci si trovi di fronte a temi a lungo discussi nei recenti dibattiti sui futuri passati nelle scienze sociali. Di certo interesse in questa sede è il richiamo alla centralità del territorio come contesto di analisi dei bisogni e di intervento all’insegna di un cambio di paradigma, solo apparentemente, non radicale: la promozione della salute. Affrontare seriamente l’ambito della promozione della salute richiede accurate analisi rispetto a chi (e come) definisce la salute e le pratiche idonee alla sua promozione con conseguenze importanti in merito al grado di possibile successo degli interventi

di orientamenti teorico-metodologici all’interno del panel dal titolo “Antropologia medica e promozione della salute: ripensare i servizi sociosanitari e sperimentare le comunità di cura attraverso la pandemia” nel 4° Convegno SIAM di Napoli. Le direzioni in cui si è mosso il confronto fra i partecipanti al Panel riguardano rispettivamente: la salute, le istituzioni e il welfare di comunità; la sofferenza sociale e i processi di deterritorializzazione; la promozione della salute e le comunità di cura. Nel suo complesso, la sessione ha cercato di mettere a punto strumenti di analisi critica delle trasformazioni in atto e favorire il confronto in merito alla combinazione di pratiche partecipative, promozione della salute e ripensamento dei servizi per le comunità. Rivolgiamo un sentito ringraziamento ai partecipanti al Panel per i loro contributi a un lavoro collettivo che è particolarmente importante in questa fase storica.

che non prevedono un corrispondente mutamento degli equilibri nel sistema sociale, insieme a una necessaria riflessione, nella pratica, sull'impegno e la partecipazione a più ampi processi di cambiamento con un preciso significato politico (MINELLI M. – SEPPILLI T., 2016: 24; SEPPILLI T., 2000). I rapporti di senso sono rapporti di potere e quella per la classificazione del mondo è inevitabilmente un'arena di lotta fra molteplici prospettive. In diversi contesti, le amministrazioni locali si sono trovate a dover fare i conti con inedite criticità, in alcuni casi catalizzando quelli che possiamo considerare come processi di autoriflessività istituzionale (CONSOLONI M. *et al.*, 2023). È quanto è accaduto, ad esempio, quando nel periodo compreso fra il 2 e il 10 aprile 2020 il Comune di Bologna ha avviato l'assegnazione dei buoni spesa, in un contesto come quello bolognese in cui erano state presentate complessivamente 16.098 istanze di cui solo poco più del 9% indirizzate ai servizi sociali territoriali². A fronte di un dato certamente così problematico, in maniera lungimirante, l'amministrazione comunale ha colto quanto il sistema stesso di rilevazione fosse inadeguato a cogliere bisogni inattesi, interrogandosi su quali possibili alternative fossero adottabili ai fini del rilevamento effettivo delle esigenze delle persone. In effetti, il sistema informativo in uso ai servizi sociali cittadini si era mosso in precedenza per definire e misurare i bisogni della popolazione a partire dall'analisi delle prestazioni erogate. In modo deflagrante si stava invece imponendo all'attenzione dei servizi e dei loro amministratori la necessità di andare oltre le prassi consolidate, giacché misurare i bisogni a partire dal contatto fra utenza e servizi ha il significativo limite di non riuscire a cogliere la condizione di chi non ha modo di accedere ai servizi. Il tema delle disuguaglianze si è dunque imposto all'attenzione dei decisori politici come un anello mancante dei processi di definizione e finanziamento delle politiche di prevenzione e promozione della salute, obbligando a sperimentare un esercizio autoriflessivo volto a immaginare l'istituzione di diverse modalità di interazione con la cittadinanza.

È in tale ambito che la rete dei servizi della città di Bologna e più in generale le istituzioni locali di diverse realtà regionali si sono trovate

² Cfr. <http://comunicatistampa.comune.bologna.it/files/0-2020/6-giugno/buoni-spesasintesi-finale.pdf>. Sulle dinamiche di crisi e attivazione di processi riflessivi, che hanno visto il diretto coinvolgimento di operatori e ricercatori, si è incentrato a più livelli il contributo del Centro di Salute Internazionale di Bologna (CONSOLONI M. *et al.*, 2023).

impegnate in un percorso di ricerca e intervento che, nelle esperienze più avanzate, ha portato a riconoscere la dimensione sociale dei problemi sanitari, giungendo, in alcuni casi, ad aprire a produttive contaminazioni con saperi come quelli antropologici che nel Covid-19 vedevano una realtà sulle cui costitutive dinamiche sociali le istituzioni non erano state capaci di intervenire. Su questo fronte, l'operazione di critica culturale del sapere antropologico ha potuto declinarsi nei termini della produzione di una rinnovata rappresentazione della realtà, capace di rendere pensabili alternative per l'agire istituzionale, andando a selezionare culturalmente le dinamiche sociali che condizionano l'azione umana e la circolazione stessa degli agenti virali (QUARANTA I., 2023). In tutti questi casi si ripropone il confronto con diversi interrogativi: come costruire un'infrastruttura interistituzionale per un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze in salute? Come supportare operatrici/ori nella lettura del proprio operato all'interno del quadro dei determinanti sociali, favorendo una progressiva integrazione dei servizi territoriali? Quali strumenti di capacitazione possono essere sviluppati per le persone esposte a processi di marginalizzazione ed esclusione nel negoziare i termini della propria esistenza?

Nel nome della tutela della salute pubblica si è tenuti a dar conto di quanto la salute degli uni sia strutturalmente correlata a quella degli altri. Il tema della relazione fra disuguaglianze socioeconomiche e salute viene così ad essere tematizzato esplicitamente e ci si attiva per raggiungere chi altrimenti può rimanere escluso dalle prestazioni dei servizi. È in tale cornice di riferimento che in scenari differenti, durante la pandemia da Covid-19, si sono aperti inediti spazi di collaborazione tra reti dei servizi e una pluralità di soggettività sociali, cercando di sperimentare politiche innovative di sanità pubblica. In alcuni casi, la rinnovata attenzione per i processi di eziopatogenesi sociale della malattia ha innescato percorsi di ridefinizione delle strategie di promozione della salute, com'è accaduto, per esempio, nelle trasformazioni attraversate da un presidio per la Vaccinazione Covid-19 (VC) a Bologna. Il servizio, progettato per supportare l'accesso a persone maggiormente esposte a processi di marginalizzazione, è stato il luogo privilegiato di una ricerca-azione condotta da équipe miste impegnate in rilevazioni basate su interviste all'utenza e sui diari di campo di operatori-ricercatori (DA MOSTO D. *et al.*, 2023). La ricerca, svolta "in situazione" e in una zona di prossimità a bassa soglia, ha permesso di cogliere efficacemente l'intreccio fra interpretazioni, processi di

decisione e itinerari di intervento, con una sensibilità per le pragmatiche e i modi di ragionare localmente configurati. Ciò ha permesso di individuare quali scelte hanno portato le persone a sottoporsi alla vaccinazione; indicare le barriere che ne hanno ostacolato l'accesso, problematico soprattutto per gli stranieri in attesa di permesso di soggiorno o richiedenti asilo; prendere consapevolezza del ruolo svolto dalle reti formali e informali (Centri di salute mentale, ambulatori del privato sociale, Terzo settore) nel facilitare l'uso dei servizi di salute.

Da questa angolazione e con una chiave di lettura sulla progettazione, l'antropologia della salute può contribuire criticamente alla costruzione dei piani regionali e locali di prevenzione. In Piemonte, attraverso un aperto confronto tra diversi attori sociali e a partire dal "Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025" adottato con Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020, è stato possibile raccogliere la sfida di approntare modelli d'intervento che cerchino di fare promozione della salute coniugando analisi sistematica dei determinanti sociali e il riconoscimento di una pluralità di stili di vita (PORTIS L., 2023). La necessaria intersectorialità delle strategie operative può infatti essere alimentata solo facendo interagire le letture quantitative della epidemiologia con strumenti etnografici, al fine di comprendere i bisogni delle comunità in un'ottica di ricerca-azione con approcci partecipativi e di comunità. Il lavoro pluriennale sviluppato in questo ambito mette in luce potenziali di azione e prospettive di mutamento. È tuttavia da sottolineare come i programmi più avanzati, definiti con il contributo dell'antropologia, siano difficilmente attivati nella pratica, soprattutto perché ciò implica un cambiamento complessivo dei rapporti di lavoro d'equipe e dei modi di produrre conoscenza e scambiare esperienze sul territorio. Le prassi interistituzionali finalizzate all'inclusione di persone in condizioni di vulnerabilità sanitaria si trovano a fronteggiare i meccanismi burocratici e gestionali di riproduzione delle istituzioni sociosanitarie. Le possibilità di curare in rete, all'interno del Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI), hanno mostrato ad esempio come una sanità pubblica di prossimità possa essere capace di coinvolgere centri religiosi, associazioni e gruppi sociali del territorio, sperimentare pratiche multidisciplinari in collaborazione, che mettono in discussione le forme consolidate di controllo identitario e di gestione delle prestazioni (MARCHETTI M., 2023).

In definitiva il Covid-19, quando è colto dal basso e nelle trame delle concrete operatività della salute pubblica, consente d'immagina-

re politiche di salute utili anche per scenari diversi da quello pandemico. Ciò accade soprattutto quando lo sguardo rivolto alla marginalizzazione sociale mette a fuoco gli interstizi organizzativi, nei quali, oltre ai vuoti nella presa in carico e nella operatività della sanità pubblica, si scorgono modi di agire localmente situati e socialmente impegnati in processi di trasformazione sociale. La valorizzazione di tali azioni locali è possibile nella prospettiva di incrociare presa in carico globale, saperi esperienziali e approcci reticolari ai bisogni sociosanitari della popolazione.

Assemblaggi

In questo processo di ripensamento e riassetto del campo della salute, istituito attraverso inedite correlazioni fra dinamiche biologiche e sociali, le politiche sanitarie e gli assetti istituzionali esistenti hanno spesso sperimentato il limite posto dalle forme di conoscenza rigidamente strutturate e dalle identità professionali socialmente riconosciute. Intercettare i processi di produzione sociale del rischio e delle patologie implica infatti la necessità di indagare le complesse relazioni dialettiche che gli attori intrattengono con le dinamiche politico-economiche di cui sono parte attiva nei territori. In questo ambito, “prossimità” e “partecipazione comunitaria” riemergono come parole chiave, riattivando un passato sedimentato nella parziale implementazione della legge 833 del 1978 di istituzione del Sistema Sanitario Nazionale. Qui il cambio di paradigma si impone come necessario e i servizi da attendisti devono mutare le prassi abituali e dotarsi di articolazioni proattive capaci di intercettare chi maggiormente avrebbe bisogno, ma più fatica a rappresentare le proprie esigenze e a portarle all’attenzione delle istituzioni. I temi appena richiamati vanno evidentemente a inquadrarsi in configurazioni locali di relazioni istituzionali e comunitarie altamente variabili. In proposito, le esperienze di ricerca mostrano i potenziali trasformativi delle strategie di lavoro che siano capaci di integrare competenze etnografiche in seno ai servizi. Laddove si sono aperti spazi di collaborazione fra antropologia e servizi, la pratica etnografica ha rivelato la sua rilevanza nel supportare operatrici e operatori nel ripensamento delle proprie prassi. Una revisione complessiva delle proprie azioni che conduce a forme di proattività e di coinvolgimento partecipativo, passando progressivamente dall’ero-

gazione delle prestazioni alla costruzione di relazioni significative per la definizione dei bisogni e della risposta ad essi.

Lo sguardo etnografico permette di cogliere come le pratiche, nella loro dimensione situata e specifica, incrocino sociale e sanitario in più direzioni, una parte delle quali allineate rispetto agli indirizzi ministeriali del DM 77. Negli scenari politici ed economici della sanità italiana organizzata in assetti regionali non standardizzati, è urgente la necessità di acquisire metodologie basate sulla riformulazione condivisa delle domande piuttosto che su risposte da implementare in modo meccanicistico. La soluzione non è quindi quella d'individuare buone pratiche a livello territoriale, da mettere a sistema sul piano nazionale, ma cercare piuttosto di capacitare le organizzazioni sociali e sanitarie a valorizzare in modo trasversale e multisettoriale il proprio patrimonio di saperi, esperienze e pratiche, adottando nel quotidiano un metodo aperto alla processualità delle dimensioni locali. La ricerca comparativa fra Lombardia ed Emilia-Romagna, relativamente alla reazione dei servizi relativi ai gruppi vulnerabili alla diffusione del Covid-19, ha messo in evidenza efficacemente come la pandemia abbia influito sui servizi e sulle politiche sociosanitarie (VIGANÒ F., 2023). I quadri concettuali applicati ai Piani di Zona, facendo interagire analisi di macro-livello delle politiche e dei contesti istituzionali con analisi di micro-livello delle aree urbane qualitativamente diverse fra loro, hanno permesso di individuare quali risorse sono state mobilitate durante il periodo pandemico, non solo dai fornitori dei servizi, ma anche dai beneficiari. In proposito, problematizzare l'approccio italiano alla salute e alla vulnerabilità delle persone senza dimora consente di riconoscere come per una corretta riformulazione delle domande da porre ai differenti contesti sia necessaria una preliminare lettura approfondita delle politiche sociosanitarie riguardanti gruppi vulnerabili, focus stanziali e diffusione pandemica. Tali domande, oltre a essere localmente riconosciute, vanno riformulate di volta in volta con l'intento di generare risposte capaci di dare senso alle trasformazioni dei territori, tanto a livello istituzionale quanto a quello comunitario.

I contributi dell'antropologia medica

Se i servizi sanitari sono la risposta più efficace disponibile per il trattamento delle patologie, non è lo stesso quando si mette in primo

piano l'obiettivo di promuovere la salute. La promozione della salute dipende infatti dalla natura delle relazioni che gli attori sociali producono nei contesti di vita e questo significativo cambio di paradigma – in seno al quale poter calare anche le direttive del DM 77 – ha significative conseguenze. Se la salute non può essere solo assenza di malattia, allora la sua promozione non può limitarsi alla prevenzione e al trattamento delle patologie, ma deve necessariamente interrogarsi a fondo sul valore che la vita ha per le persone che attivano le relazioni sociali e su quali ostacoli limitino la loro capacità di condurla alla luce di quel valore. In questi termini, l'antropologia medica ha molto da offrire per ripensare la salute come un costrutto culturale, dipendente da ciò che dà valore alla vita delle persone, da generare socialmente operando non più sugli individui e i loro stili di vita, ma sulle capacità di azione e di interconnessione. In tal senso, conoscere i bisogni e riformulare la domanda sono parte di complessive pratiche di trasformazione che trovano fondamento nella esigibilità dei diritti di salute. Napier e colleghi nel Report di *Lancet* su cultura e salute affermano che «se chi presta assistenza non è a conoscenza di ciò che dà valore e significato alla vita di un'altra persona, diventa difficile rendergliela migliore quando la malattia ne compromette la salute» (NAPIER *et al.*, 2014: 6). In questa chiave, fare promozione della salute significa innanzitutto coinvolgere le persone nella definizione del loro migliore interesse, adottare indirizzi operativi volti a cercare risposte adeguate a domande fortemente sensibili ai contesti di vita e ai reticoli di rapporti sociali che ne consentono la formulazione: quali sistemi sono disponibili a livello locale per orientare le istituzioni verso un'analisi dei bisogni radicata nella partecipazione? In che modo possiamo supportare prassi esistenti per riorientarle verso pratiche partecipative che emergono concettualmente come determinanti nella definizione stessa delle politiche?

Operare cercando di rispondere a tali domande, porta a occuparsi della emersione della marginalità e del riconoscimento sociale delle invisibilità, provando a combinare quadri concettuali di macro-livello con quelli di micro-livello. Il problema, come mostrato in precedenza, è che nella maggioranza dei casi le istituzioni “quantificano” i bisogni a partire dalle prestazioni erogate e così facendo non solo non intercettano i più vulnerabili, con più difficoltà ad attivarsi per rappresentare i propri bisogni, ma arrivano a definire questi ultimi soltanto a partire dalle prestazioni che il sistema di salute può erogare. E se tali

prestazioni sono radicate in un riconoscimento culturalmente informato da settorialità e frammentazione, ecco che i bisogni, ben lungi dall'essere espressione dell'esperienza delle persone, possono trovare riconoscimento in modo limitato solo come artefatti istituzionali. Sono le forme di ricerca-azione più consapevoli di questa contraddizione a evidenziare che la riconoscibilità del bisogno e la esigibilità del supporto sociale emergono quando vi è una sistematica proiezione all'esterno, verso i quotidiani mondi della vita, da parte delle istituzioni. Qui la conduzione di ricerca-azione in équipe interdisciplinari dà i più importanti contributi ai modi di ripensare la cura, le sue pratiche e i suoi spazi, sia all'interno delle istituzioni, sia nelle comunità che esprimono queste istituzioni. E ciò accade soprattutto in tempi di crisi, ad esempio nelle università quando si investe sulla pluralità delle presenze nel contesto accademico e urbano degli studenti con background migratorio. Il lavoro delle/degli antropologhe/gi svela i numerosi ostacoli da superare, in particolare quando il rifiuto del mandato alla competitività del sistema di formazione si scontra con processi di soggettivazione incastrati fra desideri e progetti di vita, performance accademiche e imperativi alla efficienza nella produzione cognitiva e nella collocazione dei prodotti della ricerca (LESMO I.E. – IMAZIO S. – MORRA F., 2023). Quando la crisi pandemica ha creato fratture che hanno reso impossibili i ricongiungimenti fra gli studenti provenienti da altri Paesi con le loro famiglie e le comunità di provenienza, a Torino è stato possibile intervenire sui processi collettivi, oltre le traiettorie individuali, solo decidendo di investire in modi partecipativi sulla tessitura relazionale tra università, contesti di vita e altre istituzioni e associazioni della città.

In contesto migratorio, com'è noto, le complesse strategie attraverso cui è possibile raggiungere gruppi invisibili rispetto al diritto alla salute sono più evidenti in spazi urbani contesi e conflittuali, com'è stato possibile vedere a Prato, durante le giornate vaccinali dedicate agli utenti *irregolari* di origine cinese nell'HUB PEGASO 2. L'etnografia in movimento, attraverso diversi luoghi di cura e di pratiche amministrative trasformati dalla pandemia, se da un lato ha fatto emergere la rete delle risorse sanitarie del quartiere – parafarmacie, centri medici tradizionali, presidio di salute, la parrocchia attivatasi per raggiungere il maggior numero possibile di abitanti cinesi irregolari –, dall'altro ha svelato in modo implacabile come l'accesso differenziale degli abitanti cinesi agli spazi di cura sia intermittente e opaco alla documentazione

e alle anamnesi prodotte dal sistema sanitario (MARIOTTI I., 2023). In questa opacità, dove si dichiara un'uguaglianza formale senza l'equità delle risposte di cura, quando la presenza non è riconosciuta o garantita a tutti gli abitanti, il corpo è chiamato ad assumere l'onere della prova (FASSIN D., 2011).

Nei territori urbani, autonomia e cura sono definite spesso attraverso richieste morali, cui corrispondono tattiche plurali e situate di "scommettere sulla vita". La ludopatia, già bersaglio d'interventi di "ordinaria emergenza", attuati per fronteggiare i rischi individuali di perdere il controllo su un complesso di attività della vita di ogni giorno, durante la pandemia è andata a costituire una privilegiata area di osservazione di più ampi mutamenti economico-sociali (LOCE-MANDES F., 2023). L'etnografia del consumo ludico e rischioso permette di vedere che cosa sia messo effettivamente in gioco e quali rischi minaccino le vite esposte alla incertezza strutturale, mentre tutto fa pensare che la gestione del quotidiano da parte dei "giocatori d'azzardo" vada oltre i tentativi istituzionali di definirli come soggetti incapaci di mantenere il controllo sulle proprie vite e il futuro che li aspetta. Cercare di capire come funziona una sala slot serve anche a immaginare altre possibili "comunità di cura" per attuare una gestione collettiva di problemi generalmente riconosciuti e affrontati come manifestazioni di dipendenza individuale. I processi collettivi si inscrivono infatti in una specie di mappa delle insidie e dei piccoli investimenti economici necessari a contrastare un ineluttabile destino di perdita del potere economico e relazionale. Tutto è come se, per scommettere sulla "liberazione del gioco", una persona anziana dovesse ad esempio oscillare tra il contrarre un debito oltre ragionevoli aspettative di vita, senza immaginabili vie d'uscita, e una difficile gestione del quotidiano con risorse insufficienti o quasi assenti.

Costruire comunità di cura

Il tema della visibilità e del protagonismo dell'antropologia emerge quando le istituzioni tentano di costruire un rapporto di prossimità con i contesti in cui operano, dialogando con saperi ai margini. In proposito, la partecipazione comunitaria è stata sinora interpretata prevalentemente nei termini del coinvolgimento di attori politici o di collettivi istituiti, all'insegna delle comunità rappresentate come arti-

colazioni naturali e date degli ordinamenti sociali. Eppure, solo superando il riduttivo meccanismo di cooptazione delle forme associative già riconosciute come interlocutori istituzionali, il potenziale trasformativo dei contesti può essere valorizzato, puntando sul “sociale istituyente”. In effetti, le più efficaci azioni dal basso sperimentate durante la pandemia indicano che la partecipazione comunitaria è stata una strategia vincente soprattutto nei luoghi dove protagoniste sono state quelle realtà della società civile che avevano esperienze partecipative in atto. In tal senso, anche il binomio partecipazione-comunità, divenuto centrale nel dettato normativo attuale, deve essere riesaminato. Se le comunità emergono dalla produzione di un senso di appartenenza simbolica, la partecipazione deve essere ripensata come una pratica capace di creare relazioni significative, soprattutto per chi non è parte di collettivi istituiti, attraverso cui tessere pratiche istituenti nuovi legami sociali e senso di appartenenza. La prossimità allora è da intendere non solo nei termini di vicinanza fisica dei servizi ai contesti di vita delle persone, ma soprattutto come modalità conoscitiva e operativa capace di intercettare chi, in virtù di dinamiche di marginalizzazione ed esclusione, ha maggior bisogno di capacitazione.

Nel campo della disabilità ciò è urgente e particolarmente significativo. Tra welfare metropolitano e welfare culturale, all’incrocio fra convenzione ONU per le persone con disabilità e legge delega sulle disabilità, sulla linea della legge 328 del 2000 e in una chiave ridisegnata dalle premesse/promesse del PNRR, il problema è capire come si producono processi di inclusione ricombinando le pratiche di servizi che sono invece in molti casi escludenti. Di qui la necessità di ragionare in termini di co-progettazione, opponendo la relazione alla prestazione, la cooperazione alla competizione delle risorse, riprendendo le esperienze storiche della deistituzionalizzazione e reimmettendole nei percorsi di vita delle persone che fronteggiano la persistente presenza di politiche della disabilitazione (PISTONE F. – NEGROGNO L., 2023). Da sperimentare, in questi casi, è la sapiente combinazione di “lavoro leggero” da fare nelle modalità di comunicazione e negoziazione dei progetti di vita tra le persone coinvolte, insieme a un “lavoro duro e profondo” sui meccanismi di riproduzione delle ineguaglianze e delle barriere all’accesso alle risorse di cura e di riabilitazione. Tutto ciò quando nell’area della disabilità le famiglie chiedono progetti di vita e personalizzazioni dei percorsi che sembrano essere inconciliabili con la erogazione di prestazioni secondo standard economici e funzionali.

Va riconosciuto che in molti casi un nuovo immaginario di salute comunitaria ha reso possibili e praticabili nuove proposte operative. Particolarmente negli scenari urbani contemporanei, le prospettive femministe e decoloniali impongono oggi di ripensare complessivamente un campo di relazioni storiche e geopolitiche di larga scala, di fronte a reti di reciprocità e modalità di autorappresentazione attraverso cui gli attori sociali si pongono in una posizione alternativa e critica rispetto al sistema istituzionale a livello locale (GAMBARDELLA M. – FREDI S., 2023). E per decolonizzare le relazioni di cura sono importanti approcci intersezionali alle pratiche dal basso, tra i riferimenti etici e teorici che attingendo ad apporti da aree eco, trans e femminista, spostano l'attenzione sulla domanda centrale "chi si cura di chi" per alimentare il confronto politico.

Allargando lo sguardo a scenari internazionali e a contraddizioni strutturali di ampia scala, il necessario lavoro di rilevazione dei bisogni nelle azioni locali trae beneficio dalla riflessività e da più elevati livelli di consapevolezza degli operatori sul proprio modo di costruire le relazioni di cura nei mondi morali locali. Proprio al venir meno, con la pandemia, del rapporto con la rete delle risorse della salute mentale di comunità, si è potuto riscontrare, su più versanti, che alcuni servizi chiamati ad agire sulla crisi nell'ordinario, una volta sottoposti alla emergenza sanitaria, hanno mostrato non soltanto i loro limiti, ma anche inaspettati potenziali di ridefinizione delle pratiche. Durante la pandemia, le analisi del rapporto fra Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e reti territoriali della salute mentale hanno evidenziato come l'operatività esercitata nello spazio collocato fra giudiziario e discipline psy sia stato soggetto a tensioni proprio nella fase critica in cui la delega di controllo sociale alla biomedicina aumenta in relazione con l'emergenza virale (CAMPAGNA A., 2023). Lo spazio della cura e della promozione della salute può essere drasticamente ridotto, oppure nelle zone interstiziali possono generarsi modalità operative non sperimentate in precedenza. Da questo punto di vista, è cruciale tentare di descrivere con nuovi strumenti e nuovi linguaggi i cambiamenti della cornice politico-strutturale del campo della salute mentale, proprio a partire dalle esperienze di operatori e pazienti nei luoghi che, più di altri, incorporano ed esercitano la funzione custodistica dei servizi.

Il campo psy, osservato dal versante delle politiche di ascolto e ridefinizione dei problemi di salute, lascia intravedere anche altri interroga-

tivi ai margini di possibili sperimentazioni. La ricerca clinica ed etnografica realizzata su lavoratrici sanitarie, tramite lo sportello psicologico solidale He.Co.Psy a Milano, ha permesso di seguire le vicende di lavoratrici appartenenti a una categoria centrale per il suo ruolo in “prima linea” contro il virus, di cui sono rimaste invisibili le estreme condizioni di lavoro e le conseguenze psicologiche vissute (FIRENZE D., 2023). Nella stridente contraddizione fra possibilità di cura, domanda del mercato sanitario e richieste di recupero delle funzionalità individuali rivolte alle lavoratrici e ai lavoratori vulnerabili, il rischio manifestatosi è quello di reimmettere le persone in modalità operative e abitudini sostanzialmente patogene. Tornare riflessivamente sulla relazione fra crisi virale e problemi strutturali dell’intero campo della salute mentale, in particolare quando la gestione traumatica dell’evento di crisi si è aggiunta al peso crescente dei cicli di lavoro per il personale sanitario, ha permesso di svelare i costi umani e la contraddittorietà del mandato morale che era stato rivolto alle lavoratrici e ai lavoratori di cura, di farsi carico “in modo eroico” e individualmente proprio di quei problemi che l’organizzazione del servizio non era nelle condizioni di fronteggiare.

Etnografia e pratiche partecipative

Nel contesto emergenziale della pandemia, i servizi di salute mentale hanno iniziato a registrare un’impennata senza precedenti di accessi, a testimonianza di un disagio latente che ha trovato un canale eruttivo di emersione. Tutto questo ha interrogato e messo in movimento alcuni servizi e istituzioni che dopo aver mostrato un’iniziale capacità di pensare alla partecipazione collettiva, hanno poi dovuto con loro rammarico riconoscere che “le comunità non esistono”. Una doppia proiezione immaginaria delle “comunità immaginate” nel contemporaneo, potremmo dire.

Inoltre, guardando al versante istituzionale, si è imposta quella che appare come una tendenza organizzativa alla sanitarizzazione del sociale. Un processo diverso dalla medicalizzazione pervasiva e che sembra piuttosto configurarsi come un approccio igienista alla socialità che vede i pericoli sanitari come minaccia ad aggregati già definiti e successivamente riconosciuti come gruppi a rischio, considerati come vulnerabili a causa di mancanza di coesione e capacità di difesa e protezione. Questa visione va in una direzione contraria rispetto al riconoscimento

di forme di socialità che sono linfa vitale di quei processi di costituzione di un'appartenenza comunitaria.

Tutto è come se, nella interrogazione costante delle distanze e delle discontinuità biografiche del disagio, il Covid-19 avesse avuto la funzione operativa di un rilevatore dei rapporti di forza e di senso, una nuova possibilità di comprendere le dinamiche collettive della produzione di relazioni di cura nei gruppi di lavoro. Importante è quindi riflettere sul rapporto fra mutamento dei contesti e cambiamento delle modalità di lavoro sul campo, insieme alla riformulazione delle domande di ricerca, proprio quando alcune premesse della prossimità e partecipazione necessarie al lavoro etnografico sono sembrate venir meno. Non va infatti dimenticato che la relazione strutturale e sistemica fra diverse modalità d'interazione e la distribuzione dei flussi dello scambio sociale, basati su infrastrutture e piattaforme di rete, è un presupposto delle contemporanee forme di attivismo e di organizzazione del lavoro sociale in cui la ricerca antropologica si muove da anni con una elevata consapevolezza. Tale apporto è evidente, ad esempio, negli studi in cui un'aggiornata antropologia del lavoro e delle professioni sanitarie permette di descrivere come cambia la divulgazione e la promozione della salute mentale, al fine di favorire l'accesso dell'utenza ai servizi e rendere più efficace la promozione del benessere psicologico (CHECCHIA A., 2023). Più in generale, in questa direzione, si cerca di capire come si siano ridefinite le forme di prossimità virtuale, a fronte delle limitazioni alla mobilità dovute al Covid-19 e quali rimodulazioni della cura e della mutualità siano attuabili anche da remoto, utilizzando mezzi di comunicazione digitali (URBANO L., 2023). Investendo sulla rete web e su forme di prossimità, fondate non solo su scambi d'informazione personali e saperi per esperienza, è stato possibile investire anche a distanza sulla partecipazione emotiva e morale ai processi di cura in termini di responsabilità reciproca, ascolto e supporto tra pari.

I posizionamenti assunti dai/dalle ricercatori/trici nella rete delle strutture di riabilitazione psicosociale, insieme alle modalità di interazione adottate, alla luce di un tempo storico trasformato dalla diffusione del Covid-19, hanno reso necessario ripensare le capacità di adattamento della pratica etnografica (RONDINI E., 2023). Una pratica teorica da intendere come produzione del sapere in forme partecipative, malgrado le discontinuità prodotte nella vita quotidiana di utenti e operatori a causa delle misure adottate per far fronte alla crisi sanita-

ria. Tutto ciò per tornare a interrogare la produzione di salute mentale come progetto comunitario fondato sulla lotta alla istituzionalizzazione delle politiche di cura nei territori. In questa prospettiva, i processi di costruzione comunitaria continuano certamente ad aver bisogno del lavoro processuale della etnografia, attingendo alla riflessività esercitata sulla riconfigurazione dello scambio sociale e impegnandosi nella produzione di significato dentro il mutare dei mondi sociali indagati. Infatti, la riflessività etnografica porta a cogliere aspetti delle relazioni di cura che possono essere fondamentali per alimentare nuove pratiche, ma possono anche rimanere silenti e venire disinnescate al ricominciare delle routine di lavoro sui territori.

Nel processo costituente comunitario, anche quando discontinuità ed eventi traumatici sembrano minacciare condivisione e rapporti di reciprocità, è decisivo dare senso al legame di cura, con un approccio relazionale. Il problema, nel caso delle storie delle politiche di salute e delle lotte per i diritti sociali, è fare in modo che le comunità portino memoria del processo costituente; che le azioni commemorative operino come dispositivi sociali di contrasto all'oblio e alla disattenzione rispetto a valori centrali per la salute e i diritti di cittadinanza. In tal senso, le azioni di riconoscimento della storia condivisa della sofferenza sociale, attraverso narrazioni e consapevoli politiche della memoria, contribuiscono a creare comunità di cura. Interessanti al riguardo sono le iniziative di attivazione per la memoria messe in atto da comunità che si sono costituite attorno a malattie sociali, come evidenzia l'etnografia condotta in modo partecipe su forme organizzative ed espressive processuali che sono sempre istituenti e rivolte al futuro. Nella rete di attivismo costituitasi per la memoria delle popolazioni vittima dei disastri amianto-correlati lavorando sull'assenza e sul ricordo sedimentato dentro i legami familiari è stato possibile includere nuove soggettività anche in concomitanza con l'emergenza Covid-19. Il rischio di contrarre un'infezione da SARS-CoV-2 ha acuitizzato le "apocalissi vissute", mentre la maggiore vulnerabilità delle popolazioni esposte all'amianto e l'isolamento sociale, riducendo le possibilità di incontro, hanno avuto un impatto sull'attivismo e le pratiche di cura attuate *da e per* la comunità (MAZZEO A., 2023). In questo scenario, le morti non riconosciute per aggravamento di situazioni legate alla infezione da SARS-CoV-2 hanno posto nuovi interrogativi per chi è da anni impegnato nell'attivismo anti-amianto. La costruzione di narrazioni che possano prospettare alternative alle forme apocalitti-

che di immaginario di fine del mondo si ricombina con indicazioni su come praticare nuove forme di cura e memoria promuovendo *agency*, empowerment per le comunità e denuncia sociale, proiettandosi nel futuro e invitando a un posizionamento etico-politico rispetto alle responsabilità sulle cause e agli ineguali potenziali di uscita dalla crisi.

Alleanze e logiche della cura

La crisi generata dalla pandemia da Covid-19 ha reso visibili bisogni precedentemente non riconosciuti e ha imposto di ripensare criticamente la loro stessa definizione. Attraverso il confronto con i terreni attraversati da rapidi e imprevedibili cambiamenti, l'etnografia si è ridefinita dentro i rapporti sociali, anche in situazioni di vuoto e distanza e non si è arrestata come si era paventato. Probabilmente il fare ricerca in salute ha fatto sì che gli antropologi medici fossero più preparati di altri rispetto a punti limite e difficoltà d'accesso, a geometrie variabili delle istituzioni e dei territori pandemici. Soprattutto oggi, alle prese con le possibili declinazioni e i possibili slittamenti delle direttrici di ricerca, nel quadro del PNRR, importante è continuare a riflettere su come la ricerca etnografica è proseguita ed è cambiata nel tempo del Covid-19.

Prossimità, partecipazione e integrazione rappresentano dei passaggi chiave per un ripensamento delle pratiche istituzionali verso la promozione della salute e il paradigma della cura. Un paradigma in cui la relazione di cura è intesa non già come erogazione di prestazioni assistenziali, ma come capacitazione nel condurre la propria vita alla luce di ciò che, per ognuno di noi, le dà senso e valore. Infatti, come prevenzione e trattamento delle patologie sono ingredienti essenziali che non esauriscono tuttavia lo spettro di azioni necessarie per la promozione della salute, così la logica prestazionale, per quanto essenziale, non esaurisce quel lavoro di capacitazione e relazione che qualifica la cura (QUARANTA I. – MINELLI M. – FORTIN S., *curr.*, 2018: 15).

Se si riflette sullo svelamento e l'emersione dei bisogni, già presenti ma inaspriti durante la pandemia, si nota che il riconoscimento di quei bisogni e la necessità di agganciare il territorio e le comunità rendono necessario agire allo stesso tempo sulla problematizzazione del concetto di comunità, sulla formazione degli operatori e la creazione di nuove professionalità, in combinazione con modi di governare la

sanità pubblica capaci di mettere al centro gli spazi sociali e i contesti di cura. Un tale approccio di necessità deve essere flessibile e culturalmente sensibile alle configurazioni di senso e ai rapporti di forza nella società in cui si è chiamati ad operare.

Nello sperimentare collettivamente spazi condivisi di quotidianità, è implicato anche l'interrogativo su cosa sia necessario per sostenere e stabilizzare un lavoro comunitario. Quali possibili alleanze fra operatori e operatrici della salute, cittadinanza, attivismo territoriale siano possibili in forme locali di mutualismo. Comunità di cura che strutturandosi si aprono a un incerto orizzonte in divenire, in cui sono contenuti elementi per la produzione di nuovi immaginari, fronteggiano la progressiva degradazione del concetto stesso di solidarietà: il fatto cioè che sia politicamente e operativamente necessario proteggersi collettivamente dai rischi sociali (CASTEL R., 2004). Consapevoli che è elevato il rischio di non cogliere il versante partecipativo delle azioni comunitarie e delle trasformazioni dei territori, se non viene accolta la sfida più difficile, costituita dal tradurre in prassi l'approccio reticolare e multilivello necessario a operare un profondo cambiamento culturale rispetto al sistema ufficiale di terapia. D'altra parte, nella emersione di nuovi saperi in zone di contatto, tra persone che condividono un percorso di riflessione, è proprio la ridefinizione del concetto di cura, dal basso, attraverso la messa in discussione delle forme di delega, a costituire un'alternativa tangibile alla mera ripetizione di logiche assistenziali, soprattutto quando l'istituzione tende a non assumere il proprio mandato.

Bibliografia

CAMPAGNA A. (2023), *Pratiche di cura all'interno delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza: il rapporto con la rete dei servizi per la salute mentale durante la pandemia*, comunicazione al convegno della SIAM "Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità" (Napoli, 26-28 gennaio 2023).

CASTEL R. (2004 [2003]), *L'insicurezza sociale. Che cosa significa essere protetti?*, Einaudi, Torino.

CHECCHIA A. (2023), *Divulgare la psicologia: spunti etnografici per promuovere la salute mentale in pandemia*, comunicazione al conve-

- gno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- CONSOLONI M., D’AVANZO V., GIAIMO S., GIRARDI F., QUARANTA I., VALONCINI M. (2023), *La salute al centro delle politiche: lo sguardo antropologico sulle trasformazioni del welfare urbano, tra limiti e potenzialità*, comunicazione al convegno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- DA MOSTO D., CONSOLONI M., MAMMANA L., BODINI C. (2023), *Vaccinazione Covid-19 e marginalizzazione sociale: spunti da un presidio di bassa soglia a Bologna*, comunicazione al convegno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- FASSIN D. (2018 [2010]), *Ragione umanitaria*, DeriveApprodi, Roma.
- FIRENZE D. (2023), *Catastrofe, cura, cambiamento. Vita psichica delle lavoratrici di cura socio-sanitarie nella pandemia e prospettive di salute mentale comunitaria*, comunicazione al convegno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- GAMBARDELLA M., FREDI S. (2023), *Decolonizzare relazioni di cura. Prospettive antropologiche per un nuovo immaginario di salute comunitaria*, comunicazione al convegno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- LESMO I.E., IMAZIO S., MORRA F. (2023), *Ripensare luoghi e pratiche di cura in università: le esperienze di Passi@Unito e Passi@Polito*, comunicazione al convegno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- LOCE-MANDES F. (2023), «*Il tempo è passato e ho recuperato quello che ho speso*». *Antropologia pubblica, promozione della salute e gioco d’azzardo in Umbria*, comunicazione al convegno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- MARCHETTI M. (2023), *Ossimori di sistema. La Sanità di prossimità tra funzioni di cura e di controllo dei “vulnerabili” eteroimposte*, comunicazione al convegno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).

- MARIOTTI I. (2023), *Visibile/Non-Visibile. Un'Etnografia della Comunità Cinese di Prato ai Tempi della Sindemia Covid-19*, comunicazione al convegno della SIAM "Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità" (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- MAZZEO A. (2023), *Non la "fine del mondo", ma il "mondo di domani": prendersi cura, fra immaginazione e narrazione*, comunicazione al convegno della SIAM "Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità" (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- MINELLI M., SEPPILLI T. (2016), *Ripensare l'educazione alla salute, oggi*, "Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute", vol. 60, n. 1, 2016, pp. 17-27.
- 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", vol. 384, n. 9954, pp. 1607-1639.
- PISTONE P., NEGROGNO L. (2023), *Occupying disability: ragionare oltre l'inclusione con i servizi sociosanitari (osservazioni etnografiche tra Bologna e Roma)*, comunicazione al convegno della SIAM "Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità" (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- PORTIS L. (2023), *L'apporto del sapere e della pratica antropologica nella costruzione del Piano di Prevenzione 2020-2025 della Regione Piemonte*, comunicazione al convegno della SIAM "Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità" (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- QUARANTA I. (2023), *Covid-19 e lo svelamento dell'implicito. Il ruolo dell'antropologia nel ripensamento dei servizi socio-sanitari*, pp. 263-281, in BENADUSI M., GIUFFRÈ M., MARABELLO S., TURCI M. (a cura di), *La caduta. Antropologie dei tempi inquieti*, Editpress, Firenze.
- QUARANTA I., MINELLI M., FORTIN S. (a cura di) (2018), *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care*, Bononia University Press, Bologna.

- RONDINI E. (2023), *La salute mentale come fieldwork al tempo del Covid-19: specificità e discontinuità etnografiche*, comunicazione al convegno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- SEPPILLI T. (2000), *Il contributo dell’antropologia culturale alla educazione sanitaria: quarantacinque anni dopo*, “*Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*” (Perugia), vol. 23, n. 1, 2000, pp. 41-48.
- URBANO L. (2023), *Responsabilità virtuali. Produrre e riprodurre cura di prossimità online*, comunicazione al convegno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).
- VIGANÒ F. (2023), *L’approccio italiano alla Salute e alla Vulnerabilità. Una prospettiva qualitativa sulle politiche e sulle dinamiche sociali durante la pandemia*, comunicazione al convegno della SIAM “*Fini del mondo, fine dei mondi. Re-immaginare le comunità*” (Napoli, 26-28 gennaio 2023).