

Lockdown dall'alto, comunità dal basso: ripensare la cura in tempo di pandemia*

Martina Consoloni, Ivo Quaranta

Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Abstract

The aim of this article is to analyze community participation as a form of health protection and promotion by focusing on the grassroots actions that emerged in Bologna during last year's lockdown period in the context of the COVID-19 emergency. In so doing, both the concepts of health and care will be problematised. Specifically, health will be

presented as a cultural construct (as it depends on what gives value to people's lives) that is socially generated (through the involvement of social actors); care will leave the conceptual space of biomedicine to move towards a collective definition of agency. Participation will thus emerge as crucial both for the definition of needs and their care.

Keywords

Community participation, Social movements, Care, Pandemic, Collective agency

Introduzione

Sono trascorsi più di 40 anni dalla Dichiarazione di Alma Ata, la quale enunciò la partecipazione comunitaria tra i principi chiave della *Primary Health Care* (PHC)¹. Il ruolo della partecipazione delle comunità si intagliava in una visione ampia della salute (quella della Dichiarazione), su

* Il presente articolo è stato ideato ed elaborato assieme dai due autori. La stesura dell'introduzione, del primo paragrafo ("Lockdown dall'alto") e delle conclusioni è di entrambi; il secondo paragrafo ("Comunità dal basso") è attribuibile a Consoloni; il terzo paragrafo ("Cura, partecipazione e agenzialità") a Quaranta.

1 La PHC, spesso tradotta come "assistenza sanitaria di base", "assistenza primaria" o "cure primarie", non trova un immediato corrispettivo nella lingua italiana. Ciò accade perché il termine non rimanda a un assetto organizzativo predefinito, bensì rappresenta l'insieme di valori e caratteristiche che un modello assistenziale dovrebbe possedere per essere equo, democratico e sostenibile.

cui erano riconosciuti incidere diversi fattori (come ad esempio il reddito, l'istruzione, il livello di coesione sociale), ridimensionando la centralità dei servizi di assistenza sanitaria nella produzione della cura e invitando ad approcci cooperativi per il contrasto alle disuguaglianze e la promozione del benessere collettivo.

Nelle prospettive antropologiche, il termine “comunità” è spesso considerato molto vago e troppo variamente utilizzato (una *buzzword*), tanto da risultarne compromessa la validità euristica. In un saggio dedicato a problematizzare la scivolosità del concetto, Amit e Rapport ritengono che il suo utilizzo persista perché il termine «evoca un fitto assortimento di significati, presupposizioni e immagini»², andando ben oltre il significato richiamato dalle più classiche definizioni di “gruppo” o “popolazione locale”.

La valenza positiva e, per questo, suggestiva che ammantava il concetto di “comunità” si è talvolta prestata a fraintendimenti e strumentalizzazioni. Infatti, sul finire del xx secolo (in seguito anche alla Conferenza di Alma Ata), la nozione di “comunità” è divenuta largamente impiegata nelle agende politiche e la partecipazione è stata spesso confezionata e venduta come “soluzione magica” per lo sviluppo e la pianificazione sanitaria³. Gli interventi messi in campo sulla base di questo modello – quello della partecipazione come “strumento”, calato dall'alto e principalmente improntato al contenimento dei costi⁴ – hanno mostrato tutta la loro inefficacia⁵.

2 Vered AMIT, Nigel RAPPORT, *The Trouble With Community: Anthropological Reflections on Movement* (Londra: Pluto Press, 2002), p. 13.

3 Cfr. Lynn MORGAN, *Community participation in health: the politics of primary care in Costa Rica* (New York: Cambridge University Press, 1993); Susan B. RIFKIN, «Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes», *Acta tropica* 2, no. 61 (1996): 79-92.

4 Cfr. Nici NELSON, Susan WRIGHT, *Power and participatory development: Theory and practice* (Londra: ITDG Publishing, 1995). Secondo gli autori, in opposizione ad approcci in cui la partecipazione è invece considerata come un processo lungo il quale le persone acquisiscono le competenze per controllare le proprie risorse e il potere per incidere sulle decisioni che le riguardano (partecipazione come “fine”).

5 A proposito dell'inefficacia degli interventi messi in campo dopo la Conferenza di Alma Ata si vedano le differenze che intercorrono tra gli approcci “selective” e “comprehensive” della PHC. Cfr. César ABADIA-BARRERO, Mary BUGBEE, «Primary health care for universal health coverage? Contributions for a critical anthropological agenda», *Medical Anthropology, Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 5, no. 38 (2019): 427-435.

Ancora oggi, per compensare la carenza di risorse pubbliche a fronte di bisogni di salute sempre più complessi, le comunità vengono chiamate a “contribuire” più che a “partecipare”.⁶ A causa della crisi che attualmente investe il nostro sistema di welfare, il “mercato sociale” è divenuto parte integrante del sistema di protezione sociale⁷, dove le forme di conflittualità possono risultare ampiamente depotenziate⁸ e le pratiche partecipative divenire funzionali al consolidarsi del neoliberalismo.⁹ Conseguentemente, anche l’ambizioso progetto di costruire degli spazi di effettiva partecipazione nell’ambito della salute – in Italia inaugurato dalle diverse mobilitazioni che informarono l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale¹⁰ – sembra essere destinato a una sconfitta.

Considerato lo scenario fin qui delineato, che cosa significa oggi “partecipazione in salute”? In un contesto storico e culturale in cui i legami comunitari vanno incontro a un indebolimento¹¹ e la ricerca di un senso di appartenenza verso forme di esclusione sociale¹², è ancora possibile riconoscere un ruolo “salutogenico” alle comunità? Il presente articolo, a partire da una disamina dei processi di auto e mutuo aiuto che, nel contesto dell’emergenza COVID-19, sono stati attivati dal basso nella città di Bologna, intende offrire un contributo antropologico alla riflessione sulla partecipazione comunitaria in salute.

Prendendo spunto da quanto recentemente proposto da Campbell e Cornish¹³ nel loro tentativo di mettere in luce come le letture classiche

6 Angelo STEFANINI, Chiara BODINI, «Salute e partecipazione della comunità. Una questione politica», *Sistema Salute* 3, no. 58 (2014): 308-315.

7 Cfr. Valentina PORCELLANA, «Alle radici di una crisi. Riflessioni antropologiche sul welfare italiano», *Illuminazioni. Rivista di Lingua, Letteratura e Comunicazione*, no. 53 (2020): 202-227.

8 Cfr. Sandro BUSO, Enrico GARGIULO, «Una ‘società armoniosa’? Il posto del conflitto nelle pratiche e nel discorso sul Terzo Settore», *Cartografie sociali. Rivista di sociologia e scienze umane*, no. 3 (2017): 137-154.

9 Cfr. Giulio MOINI, *Teoria critica della partecipazione. Un approccio sociologico* (Milano: Franco Angeli, 2012).

10 Cfr. Chiara GIORGI, Ilaria PAVAN, «Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)», *Studi storici* 2, no. 60 (2019): 417-456.

11 Cfr. Marco AIME, *Comunità* (Bologna: Il Mulino, 2019).

12 Cfr. Zygmunt BAUMAN, *Voglia di comunità* (Roma: Gius. Laterza & Figli Spa, 2001).

13 Catherine CAMPBELL, Flora CORNISH, «Public health activism in changing times: re-

dei movimenti sociali non riescano a catturare tutte le possibili modalità attraverso cui prendono corpo le trasformazioni sociali, in questa sede mostreremo come sia possibile estendere il concetto di “cura” a tali forme di agentività. Le esperienze di attivazione dei movimenti sociali prese in esame emergeranno infatti come cruciali sia per la definizione dei bisogni, sia per la cura delle comunità di cui sono parte.

Sosterremo anche che le misure istituzionali messe in campo per fronteggiare l'emergenza, poiché incentrate sui comportamenti individuali, hanno considerato le persone solo in virtù del loro potenziale ruolo di vettori nella diffusione del virus, perdendo di vista che, come già accaduto in altri contesti epidemici¹⁴, un loro attivo coinvolgimento nei processi che le riguardano avrebbe potuto fare la differenza. Questo perché, come argomenteremo, la salute è anzitutto un costrutto culturale (dipende da ciò che dà valore alla vita delle persone) da generare socialmente (attraverso il coinvolgimento degli attori sociali).

Infine, questo contributo affrancherà la partecipazione comunitaria dallo spazio concettuale dell'assistenza muovendosi verso una definizione relazionale dell'agentività e, sulla base di queste premesse, mostrerà come, anche in ottica di una futura *preparedness*¹⁵, sia indispensabile una cultura istituzionale capace di sostenere un'azione partecipativa a livello locale.

locating collective agency», *Critical Public Health*, no. 31 (2021): 125-133.

14 Cfr. Randall M. PACKARD, *A history of global health: interventions into the lives of other peoples* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2016); Paul RICHARDS, *Ebola: how a people's science helped end an epidemic* (Londra: Zed Books Ltd, 2016).

15 Per *preparedness* intendiamo il processo attraverso il quale, a livello sovranazionale, nazionale o locale, vengono pianificate in anticipo le diverse azioni e il coordinamento tra di esse per far fronte a un'emergenza. Seguendo Lakoff, distinguiamo la *preparedness* dalla “valutazione dei rischi” in quanto diverse modalità per pensare e affrontare un futuro incerto: mentre la “valutazione dei rischi” presuppone che un evento catastrofico sia controllabile e perciò evitabile mediante una serie di tecniche progettate dagli esperti, la *preparedness* è improntata a generare conoscenze sulle potenziali conseguenze di una catastrofe e si avvale di pratiche immaginative per valutare nel presente le vulnerabilità di un sistema. Cfr. Andrew LAKOFF, *Unprepared: Global Health in a Time of Emergency* (Oakland: California University of California Press, 2017).

Lockdown dall'alto¹⁶

Il 9 marzo 2020, quando il virus che immaginavamo confinato in paesi lontani aveva portato a saturare i posti letto degli ospedali delle Regioni italiane più colpite, tramite una conferenza stampa da Palazzo Chigi viene annunciato un decreto che, per la gestione dell'emergenza, dispone restrizioni per l'intero paese. L'11 marzo è il primo giorno di *lockdown* sul territorio nazionale: non si può uscire se non con una "autocertificazione" e unicamente per motivi di comprovata necessità, ossia lavoro, salute o per fare la spesa. Vengono chiusi bar, ristoranti, negozi, palestre, cinema, teatri, musei, discoteche. Laddove possibile, il lavoro viene svolto da casa; le scuole e le università attivano la didattica a distanza.

Attraverso campagne informative, vengono diffuse le pratiche da adottare per ridurre i rischi di contagio: mantenere il distanziamento fisico, lavarsi frequentemente le mani, tossire nel gomito, indossare mascherine e guanti. Il decreto che inasprisce le misure per tutto il paese viene ufficialmente accompagnato dall'*hashtag* #iorestoacasa, rivolgendo alle persone l'invito a rimanere il più possibile all'interno delle mura domestiche.

Nonostante sia stato principalmente attraverso il *lockdown* che l'emergenza è stata tenuta sotto controllo, durante il confinamento le persone non sono state considerate come una possibile risorsa nella gestione della crisi. Piuttosto che porre le basi di un loro coinvolgimento in una risposta trasversale per la gestione dell'emergenza di COVID-19¹⁷, le comunità sono state ridotte a "mera popolazione" da controllare e fatte oggetto di una comunicazione del rischio incentrata sulle condotte individuali.

Tra la primavera e l'estate del 2020, con il progressivo attenuarsi dell'emergenza sanitaria e il conseguente allentamento delle misure restrittive, le istituzioni locali e nazionali hanno lavorato a nuovi piani di emergenza per essere adeguatamente preparate a una possibile seconda ondata della pandemia (come effettivamente si è verificato dal mese di settembre). Tali piani erano principalmente progettati per migliorare la capacità dei servizi sanitari di assistere i/le pazienti, di immagazzinare le attrezzature per

16 Il titolo dell'articolo, ripreso nei primi due paragrafi, è stato mutuato dal nome di un'iniziativa che ha avuto luogo *online*, il 06/11/2020, organizzata dall'Assemblea per la Salute del Territorio, un movimento nato a Bologna dopo il *lockdown*.

17 Cfr. Rene LOEWENSON, Christopher J. COLVIN, Felipe SZABZON *et alii*, «Beyond command and control: A rapid review of meaningful community-engaged responses to COVID-19», *Global Public Health* 8-9, no. 16 (2021): 1439-1453.

i test e i trattamenti, e di assicurare un'adeguata fornitura di dispositivi di protezione individuale. Quasi nessuna attenzione è stata data a quelle dinamiche che hanno reso più o meno resilienti i contesti locali specifici: così, anche nella seconda fase dell'emergenza, le strategie di *preparedness* hanno spogliato la pandemia di COVID-19 dalle sue dimensioni sociali e la risposta è stata più improntata alla patologia, piuttosto che alla realtà di cui la patologia si iscrive¹⁸.

Seppur il *lockdown* si sia dimostrato una misura ampiamente efficace per rallentare la diffusione del virus, al contempo ha esacerbato le disuguaglianze sociali e configurato nuove forme di vulnerabilità¹⁹. Infatti, durante i mesi in cui erano in atto le misure più restrittive, mentre per molte persone le abitazioni private hanno rappresentato il contesto in cui riconfigurare quasi interamente le proprie pratiche quotidiane e proteggersi dal virus, purtroppo per altre la casa è divenuto il luogo di un violento confinamento.

Tra i fenomeni innescati dal *lockdown*, vi sono le condizioni di sovraffollamento e, in generale, di disagio abitativo; l'aumento della violenza domestica e del carico di cura; oppure il completo isolamento per persone che vivono sole. Anche per chi dimorava in strutture talvolta il perimetro ritagliato dalle mura è ciò che ha esposto a un pericolo, come nel caso dei focolai nelle residenze sanitarie o socio-sanitarie, in particolare per anziane/i, o quello dei drammatici episodi verificatisi in alcune carceri italiane. C'è chi, per proteggere i propri familiari dai rischi di infezione, nelle abitazioni non è tornato per molto tempo, come le lavoratrici e i lavoratori impiegati in ambiti che li vedeva particolarmente esposti al contagio (ad esempio, coloro che prestavano servizio nel comparto sanitario); e c'era anche chi, invece, un lavoro lo aveva perso o un tetto sotto al quale proteggersi non lo aveva.

Di fronte a una crisi di questa portata, per la quale nessuno disponeva di risposte valide e complete in anticipo, diversi gruppi formali e informali della società civile si sono auto-organizzati e, ridefinendo le proprie

18 Cfr. Chiara BODINI, Ivo QUARANTA, «COVID-19 in Italy: a new culture of healthcare for future preparedness», in *Viral Loads. Anthropologies of urgency in the time of COVID-19*, eds. Lenore MANDERSON, Nancy J. BURKE, Ayo WAHLBERG (Londra: UCL Press, 2021), pp. 443-455.

19 Cfr. Clare BAMBRA, Ryan RIORDAN, John FORD, Fiona MATTHEWS, «The COVID-19 pandemic and health inequalities», *J Epidemiol Community Health* 11, no. 74 (2020): 964-968.

pratiche in base all'evolversi delle misure di contenimento, hanno avviato diverse campagne mutualistiche.

In particolare, nel Comune di Bologna si è assistito a una forte attivazione da parte dei movimenti sociali²⁰, di cui il tessuto cittadino è storicamente e profondamente innervato. Queste forme di supporto dal basso sono state nei momenti più difficili le uniche in grado di fare la differenza per coloro che, già intrappolati dalle disuguaglianze socio-economiche, erano (e sono tuttora) i soggetti più vulnerabili e colpiti dalla pandemia. Anche nella città di Bologna, con una tradizione secolare di buon governo e politiche di welfare, ci sono volute diverse settimane, persino mesi, affinché il sistema pubblico riconoscesse e sostenesse tali sforzi. Nel frattempo, queste attività rimanevano completamente volontarie e largamente sconnesse dalle strategie elaborate dalle istituzioni pubbliche.

Comunità dal basso

Tra le forme di attivazione portate avanti in pandemia dai movimenti sociali del contesto bolognese, vi sono le Staffette Alimentari Partigiane (oggi Staffette Solidali), organizzate da Ya Basta, Làbas e TPO²¹, le quali hanno percorso le strade della città per distribuire cibo, coperte, mascherine e gel disinfettante a persone senza fissa dimora. Le Staffette hanno ricevuto numerose adesioni, sia da parte di attiviste/i già coinvolti, sia di volontari/e che, prima dell'emergenza, non avevano mai attivamente frequentato le realtà promotrici dell'iniziativa, portando in luce la capacità che i movimenti sociali hanno di convogliare le istanze di solidarietà e di potenziare anche attraverso di esse le reti di supporto.

I movimenti sociali, sulla spinta del rinnovato e più che mai urgente interrogativo "che fare?", si sono perciò rafforzate e hanno visto ulteriori articolazioni. Questo è il caso del Laboratorio di Salute Popolare, nato nel 2018 a Làbas, che durante l'emergenza ha messo in campo l'iniziativa del "tampone sospeso", pensato in primis per i *riders*, lavoratrici e lavoratori senza tutela e continuamente esposti al contagio nelle diverse

20 Oltreché di numerose realtà del Terzo settore. A questo proposito si veda Teresa CARLONE, «Un-locking communities. Ripensare l'attivazione civica e la partecipazione nell'era post-pandemica», in *L'impatto sociale del Covid-19*, a.c. Anna Rosa FAVRETTO, Antonio MATURO, Stefano TOMELLERI (Milano: FrancoAngeli, 2021), pp. 101-110.

21 Rispettivamente, un'associazione e due centri sociali, da tempo attivi nella città di Bologna.

fasi della pandemia, ma che ha incontrato anche i bisogni di studentesse e studenti fuori sede, i quali, non avendo il medico di famiglia a Bologna, non avevano diritto al tampone gratuito in farmacia e che hanno trovato nel Laboratorio uno spazio accessibile e accogliente.

Alcune esperienze sono scaturite proprio nel solco dell'emergenza, come l'Assemblea per la Salute del Territorio, impegnata in varie forme di mobilitazione, dai *flash mob* di denuncia per le condizioni in cui riversava il comparto sanitario alle iniziative virtuali che miravano alla costruzione di un punto di vista politico e collettivo sulla pandemia. Tra le inedite forme di attivazione, ci sono inoltre le Brigate di Mutuo Soccorso del TPO, le quali, attraverso una campagna di cofinanziamento e le donazioni di diversi negozi e supermercati della città, si sono occupate di preparare e distribuire i pacchi alimentari per le famiglie che ne facevano richiesta. In caso di bisogni specifici e grazie alle competenze di alcune/i attiviste/i coinvolte/i, hanno anche offerto un supporto per ragazze/i a rischio dispersione scolastica, e, con l'istituzione di assemblee, hanno pensato ai momenti di distribuzione alimentare come occasioni di presa di parola e di soggettivazione politica per gli/le abitanti del quartiere maggiormente marginalizzati.

Tra le varie raccolte fondi, il B-Side Pride²² ha lanciato la campagna "Pane, Paillettes e connessione", un *crowdfunding* per offrire un supporto economico a soggettività lesbiche, gay, trans e *queer* che, a causa dell'emergenza, si sono trovate in difficoltà. La loro "cassa mutua" era principalmente rivolta a coprire le necessità che, nella gestione della pandemia, sono rimaste sommerse, come ad esempio quelle di *sex workers*, che hanno visto venir meno la possibilità di lavorare o di poterlo fare in sicurezza e che ancora oggi non hanno beneficiato di nessuna forma di supporto statale specifica. Riconoscendo come essenziali anche quei bisogni che, poiché immateriali, sono solitamente percepiti come meno urgenti (come i *devices* digitali e le connessioni a internet, distribuiti alle persone rifugiate che vivono in strutture), il B-Side Pride nello stesso periodo ha avviato la "Sondaggiona", un'auto-inchiesta sulle difficoltà che le persone stavano affrontando e le risorse che mettevano o desideravano vedere messe in campo. I bisogni ai quali era urgente e necessario dare una risposta non sono stati solo raccolti dai movimenti sociali, ma quindi anche co-costruiti con le comunità.

22 Un movimento che dal 2019 mette in rete diversi collettivi, associazioni e soggettività *queer*.

La Campagna “Primary Health Care Now or Never”, un movimento nazionale di professioniste/i dell’ambito della salute e con un solido nucleo radicato nella città di Bologna, ha invece costruito collaborativamente una serie di strumenti operativi per chi, durante le prime fasi dell’emergenza (in cui ancora non erano disponibili linee guida), lavorava nelle cure primarie: tra questi, un protocollo di gestione domiciliare dei pazienti vulnerabili o con patologie pregresse, oppure una *checklist* di azioni da compiere prima e dopo ogni visita domiciliare che tenesse conto dei rischi di infezione. Un medico di famiglia, intervistato a proposito della sua esperienza lavorativa nell’aprile 2020, ha raccontato:

Una cosa di cui avrei avuto bisogno era una formazione sui DPI [dispositivi di protezione individuale], perché non sono mai stata sicura di come la facevo [...] Ma la formazione ormai si fa nei gruppi Whatsapp e Telegram. Ho imparato tutto da lì. Tutto quello che mi serviva era nel gruppo Whatsapp di amici e in quello con le colleghe del corso di Medicina Generale.

La pandemia ha mostrato che le comunità che durante l’emergenza hanno resistito, ossia che sono state capaci di mettere in campo risposte sensibili alle nuove necessità che nel nuovo scenario si stavano configurando, sono quelle che già da tempo e ben prima di questa crisi si trovavano in rete. I legami comunitari, poiché implicano un certo grado di conoscenza reciproca, di visioni condivise e di fiducia, non possono essere innescati se precedentemente non sono stati accuratamente intessuti. In questo senso, la partecipazione è emersa come praticabile solo laddove vi fossero già delle forme di reciproco riconoscimento, in grado di sostanziare delle forme di appartenenza collettiva.

La rivendicazione politica trasversale alle diverse forme di attivazione bolognesi è stata quella di rinunciare all’idea di un “ritorno alla normalità”²³, poiché quest’ultima viene considerata come ciò che a diversi livelli (sociale, economico, sanitario, climatico) ha anzi innescato l’emergenza. Piuttosto, i movimenti sociali, impegnandosi in modo diretto, hanno suggerito che questa crisi possa – e debba – essere trasformata in un’opportunità per immaginare assieme società più eque e sostenibili.²⁴

23 L’espressione è mutuata da un celebre slogan comparso nelle mobilitazioni del 2019 in Cile (“Non torneremo alla normalità perché la normalità era il problema”).

24 Cfr. Goeffrey PLEYERS, «The Pandemic is a battlefield. Social movements in the

All'interno di questa rivendicazione trova spazio anche un'istanza "autoriflessiva" avanzata da parte dei movimenti, relativa alla "stanchezza della partecipazione"²⁵. Come infatti ha già ampiamente messo in luce Boarelli²⁶, le amministrazioni bolognesi negli anni hanno largamente impiegato il concetto di "partecipazione", spesso tradendo i principi di autonomia e autogestione che invece lo informano. Talvolta i dispositivi di partecipazione hanno funzionato come una macchina per la produzione di consenso²⁷, a scapito di un reale decentramento dei poteri. Per questo, nel contesto della pandemia, i movimenti hanno avvertito il rischio che la loro solidarietà fosse "sfruttata" per coprire le carenze del welfare cittadino²⁸. Le esperienze pregresse in cui l'enunciata "partecipazione" non ha trasformato ma riprodotto i rapporti di potere possono infatti plasmare i futuri modi in cui le comunità si avvicinano alla cura dei beni pubblici, incluso determinando la scelta delle persone di auto-escludersi da ulteriori contesti che provano a cercare un loro coinvolgimento²⁹.

Cura, partecipazione e agentività

I casi di studio sopra presentati hanno ripercorso le diverse forme di attivazione che, dal basso, hanno preso piede nella città di Bologna durante la prima fase della pandemia di COVID-19, accomunate dal tentativo di mitigare le disuguaglianze esacerbate e prodotte dalle misure di contenimento. Negli ultimi anni, alcuni contributi, richiamando l'attenzione sui limiti degli approcci classici per pensare l'attivismo³⁰, hanno sfidato la

COVID-19 lockdown», *Journal of Civil Society* 4, no. 16 (2020): 295-312.

25 Andrea CORNWALL, «Unpacking 'Participation': models, meanings and practices», *Community development journal* 3, no. 43 (2008): 269-283, p. 280.

26 Mauro BOARELLI, «Partecipazione senza potere» in *A che punto è la città? Bologna dalle politiche di «buongoverno» al governo del marketing*, a.c. gruppo bolognese della rivista Gli Asini (Roma: Edizioni dell'Asino, 2018), pp. 24-38.

27 *Ibidem*.

28 Alessandro BLASI, «Sussidiarietà non fa rima con solidarietà», *Redattore Sociale*, 12 maggio 2020, <https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/sussidiarieta_non_fa_rima_con_solidarieta> (19/05/2021).

29 CORNWALL, «Unpacking 'Participation'», cit., pp. 279-280.

30 Cfr. John HOLLOWAY, *Crack capitalism* (New York: Pluto Press, 2010); Adrienne Maree BROWN, *Pleasure activism: The politics of feeling good* (Edinburgh: AK Press, 2019).

distinzione binaria tra processo (attivismo) e risultato (prove concrete di redistribuzione o cambiamenti visibili nella struttura sociale), portando in luce come, in contesti segnati da un progressivo indebolimento dei legami comunitari, il processo stesso (in questo caso, il fatto di prendere parte a relazioni di auto e mutuo aiuto) rappresenti già in sé un risultato. All'interno di questo filone di studi, Campbell e Cornish³¹ riconoscono un'ampia gamma di attività attraverso le quali i movimenti sociali contribuiscono alla promozione della salute, suggerendo di declinare il concetto di "agentività" (intesa come "capacità di agire") in termini relazionali e collettivi.

A partire da uno sguardo antropologico è possibile osservare come, nel campo della biomedicina, l'agentività del/la paziente molto spesso rimanga relegata in una sfera privata, lontana dai processi sociali che chiamano in causa le complesse attività, politiche e pubbliche, di negoziazione. Infatti, le logiche assistenziali si articolano in termini eminentemente diadici e rigidamente contrapposti, dove da una parte c'è chi presta assistenza e dall'altra chi la riceve. La centralità che ancora oggi le procedure terapeutiche rivestono nella biomedicina, oltre a occultare i rapporti di forza, tende a rappresentare e riprodurre l'agentività come capacità intrinsecamente individuale.³²

La necessità di mettere in luce come nella cura ci sia ben altro in ballo rispetto alle procedure terapeutiche (che, anzi, ne rappresentano solo un aspetto e spesso minimo) e di guardare alle molteplici relazioni di interdipendenza entro cui si danno le capacità di agire è ciò che, anche in ambito antropologico, ha nutrito la distinzione fra "care" e "cure".³³ Secondo queste prospettive, è nelle pratiche di cura (*care*) che possono emergere i bisogni delle persone: lungi dall'essere degli oggetti naturali, i bisogni si costruiscono nelle relazioni che rendono la vita possibile e degna di essere vissuta, anche (e forse soprattutto) quando la malattia e la sofferenza la attanagliano. È in questo senso che può essere riconosciuto un potenziale "salutogenetico" ai processi di auto e mutuo aiuto attivati a Bologna, ossia in quanto essi stessi si configurano come il terreno pratico della

31 CAMPBELL, CORNISH, «Public health activism in changing times», cit., pp. 125-133.

32 Massimiliano MINELLI, Veronica REDINI, «Il "caso", la vita e le sue condizioni: Per una antropologia politica del welfare state in Italia», *Anuac* 1, no. 4 (2015): 145-169.

33 Ivo QUARANTA, Massimiliano MINELLI, Sylvie FORTIN, eds., *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care* (Bologna: Bononia University Press, 2018).

produzione intersoggettiva del significato della propria esperienza e della definizione dei propri bisogni.

Affrancando il concetto di “cura” dall’ambito biomedico diviene allora possibile comprendere i nessi tra partecipazione comunitaria e promozione della salute, e perciò esplorare la produttività analitica e politica della cura in quanto forma di agentività relazionale. Se infatti i bisogni non sono costruiti da individui isolati, ma nelle relazioni che le persone intessono e dalle quali sono intessute, la partecipazione (del/la paziente così come degli attori sociali in genere) diviene centrale in ciò che pensiamo debba essere la cura: la partecipazione non potrà che implicare un impegno esperienziale capace di generare una trasformazione nella realtà vissuta.

Tuttavia, occorre premunirsi davanti a due possibili equivoci. Da un lato, la “cura” è un concetto analitico fragile: non solo perché corriamo costantemente il rischio di cadere nelle opposizioni biomediche che intendiamo superare e problematizzare (“salute” VS “malattia”, “care” VS “cure”), ma anche perché, se ci riferiamo ad essa solo nei termini dell’impegno reciproco e della relazionalità coinvolti nella trasformazione dell’esperienza, la cura risulta più come una categoria “acchiappatutto” che si riferisce alle costitutive dimensioni intersoggettive dell’esistenza umana *tout court*. Dall’altro lato, come abbiamo già sottolineato, anche il concetto di “comunità” è ambiguo e scivoloso³⁴: in un’ottica antropologica occorre guardare alle “comunità” non già come entità naturali dell’ordine sociale, ma in quanto forme di relazione radicate in pratiche simboliche di processuale definizione di appartenenza. La partecipazione comunitaria, quindi, dovrebbe essere intesa come il contesto attraverso cui si costruiscono relazioni significative, a partire dalle quali le persone articolano i propri bisogni e trovano le risorse per soddisfarli. Detta in altri termini: la partecipazione è precisamente la pratica sociale attraverso cui gli attori entrano in relazione e tessono trame di riconoscimento e di appartenenza comune.

Il tema della partecipazione comunitaria va dunque ripensato radicalmente: non si tratta (solo) di creare arene politiche in cui le comunità locali possano prendere parte a processi decisionali, ma di immaginare forme di relazionalità in cui possa ingenerarsi un senso di appartenenza. Le istituzioni, in questo quadro, dovrebbero accogliere e fare affidamento

34 Cfr. AMIT, RAPPORT, *The Trouble With Community*, cit., pp. 13-26.

sulle forme di appartenenza simbolica che sono emerse a livello di base (soprattutto se si sono dimostrate resistenti nell'affrontare le circostanze critiche prodotte dalla pandemia). Altrimenti, quando la partecipazione comunitaria sarà necessaria, correremo il rischio di non avere comunità su cui contare.

In ogni caso, nemmeno la partecipazione comunitaria è una panacea per affrontare complessivamente la situazione che stiamo vivendo (la “soluzione magica” di cui già si parlava negli anni Novanta³⁵): come ogni altra pratica sociale, la partecipazione infatti è localmente determinata (dipende dai contesti in cui viene esercitata) e fortemente contraddittoria (ad esempio, perché in ogni esperienza di partecipazione comunitaria c'è chi da questa partecipazione rimane escluso).

Conclusioni

In questo articolo, abbiamo sostenuto che le risposte istituzionali all'emergenza non hanno considerato le persone come una possibile risorsa nella gestione della pandemia di COVID-19. Le amministrazioni nazionali e locali hanno trascurato e forse sottovalutato il ruolo fondamentale che le persone possono giocare nel far emergere i bisogni, inclusi quelli inediti e più sommersi, delle comunità a cui prendono parte, così come di ingaggiarsi in diversi modi per farvi fronte. Per questo, è anzitutto venuta meno la possibilità rappresentare la crisi come condizione collettiva da affrontare in termini cooperativi.

Il contesto della pandemia, al contempo, ci ha posto di fronte a numerose strategie innovative attraverso cui l'attivismo ha preso forma. I casi brevemente passati in rassegna hanno mostrato come i movimenti sociali del territorio bolognese si siano organizzati per sostenere le fasce più fragili della popolazione locale, consegnando loro generi alimentari, farmaci, computer, chiavette per l'accesso a internet, e impegnandosi in processi di continua co-ridefinizione dei bisogni ai quali era più urgente dare risposta. Realtà sociali che nel contesto pre-pandemico erano state talvolta percepite pubblicamente come oppositive durante l'emergenza si sono perciò rivelate portatrici di pratiche resilienti.

35 RIFKIN, «Paradigms lost», cit., p. 89; MORGAN, *Community participation in health*, cit., pp. 62-82.

Tuttavia, come i casi presentati hanno dimostrato, la partecipazione è praticabile solo laddove vi siano già delle forme di reciproco riconoscimento che sostanziano forme di appartenenza collettiva. Contro gli approcci centrati sul comportamento individuale è emersa quindi la necessità di andare oltre una visione dell'agentività intesa come capacità del singolo di agire, a vantaggio di una sua declinazione relazionale. Se, in termini antropologici, consideriamo la *preparedness* come un mezzo attraverso il quale si produce uno specifico ordine sociale – specialmente in un momento critico in cui le forme abituali di relazione sono compromesse e devono essere ripensate – dovremmo quindi tutte/i impegnarci in forme di relazionalità creative, capaci di sostenere un'esistenza collettiva significativa.

L'impegno istituzionale dovrà dispiegarsi nel favorire la partecipazione come fine in sé (ossia per creare spazi di praticabilità per la tessitura di relazioni che abbiano un significato per gli attori coinvolti), anziché come mezzo per dare efficienza ed efficacia alle misure di sanità pubblica. L'attivazione di processi partecipativi sembra infatti non essere un utile mezzo per perseguire altri fini: piuttosto può essere assunta essa stessa a fine di una politica sociale radicata in un'ottica necessariamente non sussidiaria del coinvolgimento comunitario. In questi termini la dimensione della cura può assurgere a cornice concettuale della politica, intesa come azione sulle relazioni di cui siamo costitutivamente parte e da cui dipende il nostro rapporto con il mondo.

La pandemia di COVID-19 ha messo a nudo le molte tensioni che i nostri sistemi di salute e di welfare hanno accumulato nei decenni passati. Eppure l'analisi sembra non poter essere ridotta al solo impatto delle misure di austerità, ma deve anche affrontare i più ampi presupposti culturali delle politiche istituzionali. Per progettare la futura *preparedness* abbiamo dunque bisogno di una cultura istituzionale capace di considerare la salute come un costrutto culturale da generare socialmente, dove la partecipazione è il mezzo per rendere operativi entrambi i concetti: il coinvolgimento delle persone nella definizione del loro migliore interesse e il loro impegno in azioni trasformative.