



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DOTTORATO DI RICERCA IN
STORIE, CULTURE E POLITICHE DEL GLOBALE

Ciclo 38

Settore Concorsuale: 11/A5 - SCIENZE DEMOETNOANTROPOLOGICHE

Settore Scientifico Disciplinare: M-DEA/01 - DISCIPLINE DEMOETNOANTROPOLOGICHE

LA GIUSTA PROSSIMITÀ. IMMERSIONI ETNOGRAFICHE NELLA SALUTE
COMUNITARIA A BOLOGNA

Presentata da: Francesca Girardi

Coordinatore Dottorato

Luca Jourdan

Supervisore

Ivo Quaranta

Co-supervisore

Luca Jourdan

Esame finale anno 2026

Somos o começo, o meio e o começo
(Nego Bispo)

*‘Scolta, se tu questo mestiere lo vuoi fare sul serio,
c’è una cosa che devi imparare, subito.
È la regola della giusta distanza.
La misura che tu devi sempre tenere
tra te che scrivi e le persone coinvolte nei fatti.
Non troppo lontano se no non ghe xè più pathos.
Ma neanche troppo vicino, porca bestia!
Perché se il giornalista si perde nell’emozione,
è fritto! Hai capito?*
(dal film «La giusta distanza» di Carlo Mazzacurati)

Indice

Ringraziamenti.....	4
Introduzione.....	5
Capitolo 1 - Bussole, per chi legge e per chi scrive.....	10
1.1 - Una matassa di campi e posizionamenti.....	10
1.2 - ... e di metodologie, praticate e desiderate.....	17
1.3 - Concetti e paradigmi.....	20
1.3.1 - La salute (è) di comunità.....	20
1.3.2 - Prossimità.....	33
Capitolo 2 - Partire dall'esistente: attori e processi di coltivazione di comunità.....	42
2.1 - Introduzione al capitolo.....	42
2.2 - Cercando di unire i punti: un esercizio movimentato.....	47
2.3 - Pratiche e prospettive del lavoro di comunità.....	64
2.4 - Formazioni.....	76
Capitolo 3 - Nutrire gli immaginari.....	89
3.1 - Introduzione al capitolo: Agenti Comunitari/e di Salute nel mondo.....	89
3.2 - Dal Brasile.....	91
3.3 - ... a Pescarola (Bologna).....	116
Capitolo 4 - Politica di prossimità cercasi.....	134
4.1 - Introduzione al capitolo.....	134
4.2 - Governance: storie di gestione della prossimità.....	137
Processi.....	137
Narrazioni.....	147
Vissuti.....	155
4.3 - Progettare gli e le Agenti Comunitari/e di Salute a Bologna.....	163
4.4 - Chiavi per una politica di salute, prossimità e comunità.....	175
Innovare.....	176
Valutare.....	185
Conclusioni.....	191
Bibliografia.....	198
Abstract.....	216

Ringraziamenti

Desidero ringraziare tutte le persone che, individualmente e collettivamente, ancora una volta mi hanno accompagnata, supportandomi e spronandomi, in questo “viaggio”, un viaggio che non sarebbe iniziato senza l’impegno del Professor Ivo Quaranta e del gruppo di ricerca coinvolto nel progetto “L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna”.

Famiglie coltivate tra Veneto e Toscana, amiche e amici sparse/i in vari angoli di mondo, compagne e compagni del Centro di Salute Internazionale e Interculturale, lavoratrici della salute, abitanti di San Donato, di Pescarola e dei boschi della Maremma: grazie. Grazie perché rendete questo mondo, così difficile da sostenere, un luogo più confortevole da abitare e trasformare insieme.

Introduzione

In seguito allo scoppio della pandemia da Covid-19, o meglio alla maturazione della sindemia (Singer, Clair 2003, Horton 2020), e alla drammatica inadeguatezza di un sistema di welfare già precedentemente in crisi (Labonté *et al.* 2009, Saraceno 2013), si è sviluppato un importante dibattito sui temi della salute e degli interventi territoriali (Brambilla, Maciocco 2022). All'interno di questo movimento, la prossimità, insieme alla partecipazione e all'integrazione, rappresenta una delle chiavi per ristrutturare le reti territoriali di protezione sociale. A livello nazionale il rafforzamento dell'assistenza territoriale di stampo sanitario e sociale ha trovato una formulazione programmatica e un sostegno economico in diversi piani e regolamenti, tra cui il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)¹, il DM 77/2022² e il Programma Nazionale Metro Plus³, che hanno posto una particolare enfasi sui concetti di prossimità e di reti sociali. I molteplici attori che compongono il modello di governance multilivello che caratterizza il contesto italiano (Rimoldi, Pozzi 2022), e in particolare le istituzioni pubbliche, sono dunque chiamati a declinare localmente e implementare progressivamente le indicazioni contenute in tali documenti. Il contesto bolognese rappresenta un interessante caso di analisi, in virtù della storia di partecipazione e innovazione sociale che lo caratterizza (Moralli 2022) e di un crescente riferimento alla prossimità già in tempi pre-pandemici. L'idea alla base di questa ricerca è quindi quella di indagare quali sono le forme assunte e le modalità di produzione del processo di assemblaggio generale di normative, retoriche e pratiche legate al tema della salute di prossimità e comunità nel contesto locale della città di Bologna. La salute non è qui intesa in termini biomedici, bensì come processo di rafforzamento del potere da parte di individui e collettività di controllare le risorse che impattano sulle proprie esistenze (WHO 1986); di conseguenza, l'analisi proposta eccede il solo campo sanitario. La prospettiva metodologica adottata è quella etnografica, che permette di indagare in modo prossimo e analitico questo tema in un contesto locale inserito in dinamiche globali, intrecciata alla metodologia della ricerca-azione, tesa alla creazione di un potenziale trasformativo della realtà sociale affrontata.

¹ Mi riferisco in particolare alla missione 5 "Inclusione e coesione" e alla missione 6 "Salute".

² Il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" approvato con il Decreto Ministeriale n. 77 del 2022 rappresenta la traduzione operativa delle indicazioni contenute nella Missione 6 del PNRR. Il testo è consultabile al seguente link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG> (ultimo accesso 25.06.2025).

³ Il Programma Nazionale Metro Plus 2021-2027 e Città medie Sud è un programma nazionale finanziato tramite fondi europei che, in continuità con il PON Metro 2014-2020, sostiene interventi locali in molti ambiti affini a quelli individuati dal PNRR, tra cui quello dell'inclusione sociale.

Gli effetti della pandemia relativi alla “riscoperta” dell’importanza della prossimità comprendono e, allo stesso tempo, oltrepassano l’ambito prettamente socio-sanitario: non solo la mancanza di una medicina territoriale vicina ai contesti di vita dei cittadini e delle cittadine si è mostrata in tutta la sua gravità, ma anche il sentimento di solitudine, acuito dalla distanza forzata a cui siamo stati/e costretti/e, ha portato a una ri-comprensione della prossimità oltre la sola dimensione geografica, abbracciando anche quella sociale, affettiva e relazionale. Nel contesto bolognese, così come in altri territori nazionali e internazionali, questa riscoperta è stata accompagnata da molteplici iniziative estemporanee che sostenevano la necessità politica di “non tornare alla normalità, dato che la normalità era il problema” (Consoloni, Quaranta 2021); si pensi, ad esempio, alla diffusione in alcuni social network di slogan in cui la distanza sociale veniva scomposta in una distanza fisica da rispettare, insieme a una solidarietà sociale da rafforzare. A distanza di alcuni anni, emergono quindi alcune domande: che cosa è rimasto di quell’appello? Quali innovazioni sono state prodotte?

È bene sottolineare, tuttavia, che la prossimità rappresentava una dimensione tanto centrale quanto problematica delle esistenze umane anche prima della pandemia. Nelle società contemporanee, infatti, si assiste da tempo a una sorta di paradosso della prossimità: con la crescita esponenziale della concentrazione degli esseri umani in contesti urbani caratterizzati da continui scambi sociali, economici e culturali, le persone non sono mai state così vicine spazialmente, eppure la percezione della loro esistenza è di fatto individuale e privata, risultando in una grande e diffusa solitudine (Roth *et al.* 2023). Di fronte alla crescente cesura tra la dimensione geografica e quella relazionale, alcune istituzioni pubbliche e, in particolare, diversi enti del Terzo settore si erano parzialmente mobilitati già prima del 2020, attraverso la sperimentazione di “nuove figure di comunità”⁴, in linea con la spinta all’innovazione sociale nel campo del welfare comunitario data dalle programmazioni e dalle macro-linee di finanziamento europee (Urban@it 2017). Ancor di più negli ultimi anni, quindi, il campo formato dagli intrecci tra prossimità e comunità risulta particolarmente affollato e meritevole di essere approfondito.

Questa ricerca si situa in quell’“antropologia del welfare” sempre più fiorente anche nel contesto italiano, contraddistinta da un esercizio pubblico della pratica antropologica, applicata nei molteplici campi del welfare, dove quest’ultimo è inteso come l’insieme di pratiche e politiche, discusse e agite quotidianamente, che sostanzia la protezione sociale

⁴ Si veda, ad esempio, la ricerca “Le nuove figure professionali nel welfare di comunità. Saperi e pratiche del community management” condotta tra il 2019 e il 2020 dalla Fondazione Cariplo, disponibile al seguente link: <https://www.fondazione cariplo.it/static/upload/nuo/nuove-figure-welfare1.pdf> (ultimo accesso 27.10.2025).

(Severi, Landi 2016, Rimoldi, Pozzi 2022, Porcellana 2022, Tarabusi, Zinn 2023, Gallotti, Tarabusi 2024). Trattare di welfare di prossimità e comunità implica uno sconfinamento continuo tra supposti sottocampi disciplinari, siano essi della salute, del sociale, del politico, delle politiche o delle istituzioni, così come richiede di posizionarsi a cavallo tra ricerca accademica, pubblica e applicata (Tate 2020). Nel caso di questa ricerca, la tensione all'applicazione è stata particolarmente spiccata in virtù della borsa, supportata da fondi europei, che la sostiene e che è finalizzata a un rafforzamento dell'azione delle Pubbliche Amministrazioni.

Se «il modello dei servizi uguali per tutti ha fatto il suo tempo» e «altri approcci di vicinato e personalizzati non solo sono possibili, ma funzionano molto meglio sia per gli utenti che per gli operatori» (Sclavi 2022: 155), è necessario approfondire questi “altri approcci” a partire dalla prospettiva di chi è chiamato a implementarli e, in alcuni casi, anche crearli. Gli obiettivi che hanno guidato questa ricerca sono stati molteplici: innanzitutto, indagare il legame tra salute, comunità e prossimità secondo una prospettiva interdisciplinare (perché è importante parlare e mettere in pratica una salute proattiva e di comunità, basata su un rapporto di vicinanza?); analizzare quali sono le dimensioni costitutive della prossimità nel campo della salute di comunità, tanto nella letteratura quanto nei processi di realizzazione locale (che cosa vuol dire, oggi, la prossimità al di là di un suo significato geografico?); approfondire i processi di soggettivazione dei lavoratori e delle lavoratrici che sono identificati come figure di prossimità, mettendone in luce le ambivalenze, gli sforzi e le incertezze, e ponendoli in relazione con le dinamiche di governance locale (chi sono? che cosa fanno? quali dilemmi affrontano?), quindi anche mettere in discussione il valore forzatamente positivo della prossimità - pur credendoci profondamente - (la prossimità può essere indesiderabile?); indagare lo statuto dei saperi esperienziali nel lavoro di comunità e le forme di valorizzazione delle esperienze informali di cura (come si comportano le istituzioni locali nei confronti degli e delle abitanti che già praticano una prossimità relazionale?); “sviscerare” una politica di prossimità, mettendone in luce gli elementi costitutivi più rilevanti rispetto alle fasi di ideazione e progettazione (quando si può parlare di una politica di prossimità? quando la prossimità si fa politica?); infine, dare un contributo informato allo sviluppo di politiche cittadine di prossimità, in linea con quanto previsto dalla borsa che sostiene questa ricerca. Nel complesso, questa ricerca parla dei pieni e dei vuoti di una “giusta prossimità”, dove con l'aggettivo “giusta” intendo una prossimità indagata in profondità, radicata nell'esperienza dei soggetti primariamente coinvolti nei processi analizzati, orientata alla giustizia sociale e che si fa base di un ripensamento dell'esistente.

L'esplorazione di questa prossimità si articolerà in quattro capitoli. Il primo è relativo a un inquadramento teorico dei concetti di salute, comunità e prossimità, mentre gli altri sono dedicati a quattro campi di ricerca, quali: i progetti e i servizi di lavoro di comunità esistenti nel territorio comunale, lo sviluppo della figura dell'*Agente Comunitário/a de Saúde* nel contesto brasiliano, la formazione sperimentale di potenziali Agenti Comunitari/e di Salute in una periferia bolognese e, infine, la progettazione dell'omonima figura a livello cittadino. Come vedremo, la prossimità, nell'ambito della salute di comunità, intesa secondo la prospettiva della determinazione sociale e, più ampiamente, della promozione della salute, nella città di Bologna è emersa simultaneamente come valore, approccio, modello di intervento, paradigma, nonché fenomeno multidimensionale. Non è comprensibile solamente nei termini di un approccio al lavoro di comunità, cioè come una strategia per accompagnare processi di rafforzamento del capitale sociale comunitario tesi a un miglioramento del benessere della collettività; non è nemmeno riducibile unicamente a un modello di intervento applicato in più microzone del territorio urbano; la prossimità rappresenta, infatti, anche un paradigma per ripensare il modo di concepire e organizzare i servizi e i processi territoriali che contribuiscono a produrre la salute di individui e comunità, sebbene si produca un *gap* importante tra quanto dichiarato e quanto implementato; infine, la prossimità è anche un fenomeno che accade e si sviluppa su più scale (internazionale, nazionale, locale), che mobilita importanti linee di finanziamento e gerarchie valoriali, che indirizza le agende di governo e le strategie di sviluppo della città e che, in definitiva, può fare o meno la differenza nella vita concreta delle persone. Allo stesso tempo, però, come vedremo nel corso delle prossime pagine, l'affermazione di ciascuna di queste declinazioni della prossimità richiede un tempo adeguato e il superamento di diverse criticità.

Alcune note introduttive di stampo metodologico ed epistemologico, che approfondirò nei capitoli, possono risultare utili all'inquadramento di questo scritto. Innanzitutto, ho scelto di adottare un linguaggio il più possibile accessibile anche per un pubblico meno specialistico; questo sia perché la ricerca è frutto dei contesti polifonici che ho attraversato e che vorrei continuare ad attraversare nelle fasi di restituzione del lavoro svolto, sia perché ritengo essenziale, specialmente in un mondo a pezzi come quello contemporaneo, uscire dall'autoreferenzialità che un gergo troppo specialistico spesso contribuisce a produrre. Nella consapevolezza del potere delle parole di veicolare precise rappresentazioni della realtà, ho scelto di declinare il testo al maschile e al femminile, cercando di coniugare la leggibilità e la scorrevolezza del testo con una rappresentazione che fosse più vicina alle realtà incontrate e non rafforzasse modelli di oppressione. Le esplorazioni etnografiche proposte si inseriscono

in un'esperienza continuativa, iniziata prima dell'avvio della borsa di dottorato, ma che non si è svolta in modo lineare, dove l'aggettivo "lineare" suggerisce una linea retta di crescente progresso. L'immagine più appropriata, invece, sarebbe una linea che assume forme diverse, a volte a zig zag e altre a spirale, e che va in direzioni diverse, da sinistra verso destra e poi nel verso opposto, disegnata con velocità altalenanti, tra silenzi, pause, movimenti lenti e tutt'un tratto repentini. Anche l'identificazione dell'oggetto della ricerca è stata interessata da andamenti tutt'altro che lineari e progressivi, nonché da più trasformazioni: dalla negoziazione sul tema delle microaree, all'accordo sugli e sulle Agenti Comunitari/e di Salute, a uno sguardo più ampio sulla prossimità nella salute di comunità. Prendendo spunto dal campo brasiliano, ho dovuto imparare tanto a *demorar* (prendere tempo), cioè ad attendere e darmi tempo per comprendere le dinamiche dei campi, quanto a *sambar* (sambare), cioè ad avvicinarmi e distanziarmi⁵. Tanto nell'indagine etnografica quanto nell'esperienza di chi svolge un lavoro di prossimità, l'attesa e la dialettica tra prossimità e distanza rappresentano dei nuclei concettuali e operativi fondamentali per produrre una immersione, ovvero una comprensione il più possibile profonda, ma senza sprofondarci.

⁵ Ho incontrato il verbo *demorar* leggendo e ascoltando alcuni contributi di Nego Bispo, attivista e insegnante quilombola impegnato, in tutta la sua esistenza, nella produzione della contro-colonizzazione e che, in riferimento alla de-colonialità, ha parlato della sua esigenza di avere tempo per comprendere il portato di questo termine in tutta la sua complessità. Per quanto concerne il verbo *sambar*, questo è stato pronunciato da una psicologa intenta nella descrizione dell'avvicinamento progressivo a una nuova paziente: in questo movimento di piccoli passi, professionista e paziente si studiano a vicenda, provano qualche passo, si avvicinano e si allontanano, si conoscono e cercano il ritmo giusto per proseguire insieme (diario di campo, osservazione di una seduta di supervisione in una unità di salute, 15 gennaio 2025).

Capitolo 1 - Bussole, per chi legge e per chi scrive

1.1 - Una matassa di campi e posizionamenti...

Considerato l'imprescindibile carattere situato di ogni ricerca di stampo antropologico, l'illustrazione delle origini e degli sviluppi spazio-temporali che hanno contraddistinto questa produzione è dovuta.

Il primo e basilare chiarimento è relativo al mio essere un'antropologa "quasi nativa". Nel tempo di conduzione della ricerca e precedentemente ad esso, ho abitato, non solo come ricercatrice, ma anche come cittadina, la città di Bologna. Il processo di impregnazione è stato più lungo rispetto alla singola esperienza di dottorato e si è articolato in diversi posizionamenti che ho assunto nell'arco della mia permanenza, durata dieci anni, in questo contesto, tra cui: tra il 2020 e il 2023 come ricercatrice del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna impegnata nel progetto di ricerca-azione "L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna"; nel periodo 2022-2025 come dottoranda con una borsa di ricerca finanziata tramite i fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dedicata all'approfondimento della promozione della salute in collaborazione con il Comune di Bologna⁶; dal 2022 a oggi come socia dell'associazione Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) APS, con cui ho lavorato in diversi contesti e progetti di ricerca-azione, alcuni dei quali sono confluiti in questa stessa ricerca. Si tratta di un posizionamento, quest'ultimo, che a sua volta si "sdoppia" in due ruoli interrelati, cioè quello di ricercatrice-operatrice in progetti di lavoro di comunità e in quello di socia impegnata nella produzione di conoscenze e pratiche nel campo del lavoro comunitario, attraverso un costante processo di ricerca-azione che contraddistingue il funzionamento e l'essenza di un'associazione in continuo movimento.

In questo quadro, la ricerca sul fenomeno della prossimità nell'ambito della salute di comunità nella città di Bologna si è composta - forse solo apparentemente - in modo sconnesso e frammentato di esperienze e campi diversi che verranno analizzati nelle prossime pagine, quali: la costruzione e lo svolgimento di un laboratorio di formazione-intervento

⁶ Nello specifico, si tratta dei fondi provenienti dal piano europeo NextGenerationEU a valere sul PNRR ex D.M. 351/2022 che, nell'ambito della Missione 4, Componente 1, Investimento 4.1, «ha stanziato risorse per l'attivazione di programmi di dottorato dedicati ad aumentare la riserva di capitale umano impegnato in attività orientate alla ricerca, nelle Amministrazioni pubbliche» (dal Bando di concorso per l'ammissione ai corsi di dottorato del 38° ciclo - A.A. 2022/2023 con borse su fondi Next Generation EU - PNRR ex D.M. 351/2022 e D.M. 352/2022).

per Agenti Comunitari/e di Salute (ACS) promosso dal CSI-APS in un'area periferica della città; la raccolta delle esperienze di operatori e operatrici sociali e socio-sanitari di alcuni servizi e progetti comunitari di prossimità, la cui realizzazione (e comprensione) è stata in parte anche facilitata dal mio impegno come antropologa in un progetto di mediazione sociale di comunità in un'altra area svantaggiata della città; lo sviluppo di un breve campo sul suolo brasiliano, composto da un periodo di osservazione partecipante in una unità di salute nella città di Niterói e da alcuni confronti con ricercatrici impegnate nella formazione degli e delle ACS a Rio de Janeiro; infine, l'osservazione del processo di progettazione inter-istituzionale della figura dell'ACS cittadino/a, attraverso l'analisi dei principali documenti progettuali e dei racconti di alcune persone che vi hanno partecipato. Strettamente connessa alla partecipazione al laboratorio di formazione-intervento per ACS e al progetto di mediazione sociale che si sono realizzati nell'ambito del mio coinvolgimento associativo, un'altra "appendice", in realtà centrale nei suoi effetti di influenza e contributo alla formazione delle analisi qui proposte, è rappresentata dal *continuum* di incontri, chiacchierate, riflessioni collettive, su vari temi inerenti il lavoro di comunità finalizzati alla produzione permanente di uno spazio di confronto e apprendimento a partire dalle esperienze concrete e dai riferimenti teorici maturati in seno al CSI-APS.

Lungi dal voler proporre un'auto-etnografia, ritengo che queste precisazioni siano necessarie per far comprendere a chi legge che la realizzazione di questo prodotto si è nutrita di molteplici relazioni maturate dentro e oltre il singolo percorso di dottorato. Ho adottato la medesima premura anche nell'interazione con i vari attori che ho incontrato per la prima volta o re-incontrato nel corso di questi tre anni: presentarmi unicamente come ricercatrice dottoranda per osservare e dialogare con professionisti/e, abitanti o referenti di servizi e istituzioni che potenzialmente, o effettivamente, avrei re-intersecato in un'altra veste, avrebbe violato l'etica della ricerca, provocando un certo disagio tanto in me quanto nei miei interlocutori e interlocutrici. Nonostante la tendenza sia stata quella di esplicitare i vari posizionamenti condensati nella persona che avevano di fronte, le reazioni dei vari soggetti, a cui la mia spiegazione era diretta, sono state diversificate. Non si tratta di reazioni immediatamente chiare, ma di un complesso di esclamazioni, silenzi e atteggiamenti plurimi che si sono sviluppati in vari momenti e con interlocutori diversi, che ho raccolto nelle pagine del diario di campo e che, quando la sensazione di disagio mi investiva, ricordo ancora fisicamente. Non intendo solo rimarcare l'ambiguità che avvolge la figura dell'antropologo/a, spesso investito/a di competenze proprie di altre professioni, ma di sfruttare questi rimandi, interrogandoli, per comprendere meglio le concezioni culturali e le categorie valoriali

circolanti nei contesti degli incontri prodotti (Biscaldi 2015). Ed è così che, nei vari campi attraversati, sono stata compresa (e incompresa) anche in qualità di: “maestra”, come mi hanno chiamato, per attirare la mia attenzione, dei bambini e delle bambine residenti in una delle zone dove si sviluppava uno dei progetti che mi ha visto coinvolta anche come ricercatrice-operatrice; “educatrice” o “assistente sociale”, come mi hanno spesso definita alcuni e alcune abitanti mentre, al telefono, spiegavano alla persona dall’altra parte del collegamento dove si trovavano e la volevano invitare a raggiungerci per un’attività del progetto in cui ero attiva («dai, sono qui con l’educatrice, Francesca...!»); “animale strano” - e forse questa è l’espressione che più ho sentito risuonare in me -, come mi ha definita una formatrice durante un incontro tra operatori e operatrici di una cooperativa sociale a cui avevo partecipato come ascoltatrice esterna, ma interpellata e sollecitata a commentare quanto si stava costruendo nell’incontro formativo: «questo animale strano che ci invita a guardare anche dall’alto e riporta i ragionamenti sul piano sistemico...» (diario di campo, osservazione incontro, 21 marzo 2024). Fortunatamente, sono stata anche riconosciuta come ricercatrice antropologa, a volte accolta con entusiasmo per lo sguardo attento alla complessità del lavoro in atto, altre guardata con sospetto. Le ragioni di questo sospetto sono principalmente due: da una parte la persistenza di una certa propensione a interpretare la disciplina antropologica come una scienza elitaria e a sperimentarla in modo “consumistico”; dall’altra il portato critico della postura antropologica. «Gli antropologi sono quelli che vengono e ti osservano, e poi ti dicono che quello che hai detto in realtà non è proprio così» (diario di campo, osservazione progetto, 19 settembre 2024). Questa frase è stata pronunciata da un’operatrice sociale intenta a raccontare a una collega il perché della mia presenza in quell’occasione, una sosta al parco. Ricordo ancora lo sbigottimento di fronte a questa affermazione, forse fatta anche in modo canzonatorio, ma che contiene degli indizi importanti. Innanzitutto la rappresentazione, probabilmente supportata da qualche esperienza diretta e sventurata con un/a antropologo/a in carne ed ossa, dell’antropologia come disciplina che “arriva, osserva, giudica e se ne va”, contraddicendo quella essenziale postura tesa alla costruzione di una visione olistica e composta da una profonda implicazione nel campo, da un apprendimento dai e con i soggetti della ricerca e da una riflessività da allenare continuamente per tutti gli individui coinvolti, quindi tanto per il ricercatore o la ricercatrice stessa quanto per i soggetti con cui il sapere è co-prodotto. Nel gioco di specchi che si produce in ogni incontro con “l’altro”, le parole pronunciate dall’operatrice, quindi da uno dei soggetti della ricerca, hanno sollecitato ampiamente il mio stare lì, in quel momento e oltre, spronandomi ulteriormente a voler applicare un’antropologia sostanzialmente

collaborativa, a voler realizzare una ricerca in cui gli attori incontrati non fossero solo delle comparse sporadiche utili a sostenere un altro soggetto, quale il ricercatore o la ricercatrice, che suppostamente detiene un sapere “superiore”. L’orizzonte è quello di fare dei soggetti con cui l’antropologo/a maggiormente interagisce sul campo dei «veri e propri ‘partner epistemici’» da riconoscere in un esercizio di «de-tronizzazione» degli antropologi e delle antropologhe dal processo di produzione della conoscenza (Gallotti, Tarabusi 2024: 48). Se sono certa che queste considerazioni troverebbero ampiamente sostegno e approvazione in una nutrita platea di antropologi/ghe contemporanei/e⁷, gli interrogativi sul come cucire senso, forme e pratiche dell’agire antropologico rimangono aperti e in movimento. Come ribadito da Biscaldi (2015:14), rimane fondamentale sviluppare

la capacità di collaborare attivamente, in tutte le diverse fasi della raccolta dei dati, con i diversi attori sociali incontrati sul campo, alimentando quel senso di responsabilità e reciprocità grazie al quale si riconoscono alle comunità studiate da un lato il diritto a conoscere le criticità che la lettura antropologica ha messo in evidenza, dall’altro le competenze – la dignità – per potersi confrontare con esse e discuterle (Low, Merry 2010; Besteman 2013): condurre ricerca “con” una comunità, non semplicemente “in” una comunità (Johnston 2010).

La pretesa neutralità dell’antropologia, e di chi la interpreta ed pratica, è stata ampiamente messa in discussione e ulteriormente smascherata nel dibattito relativo allo sviluppo dell’antropologia pubblica⁸ (Biscaldi 2015, Severi, Landi 2016), nutrito anche da un corpus sempre più articolato di ricerche condotte “a casa”, cioè in contesti prossimi a quelli di vita del ricercatore o della ricercatrice. Nel mio caso, la finzione del concetto di neutralità si è palesata in particolare nella fase di negoziazione dell’accesso ad alcuni campi: se l’essere un’antropologa che lavora nel proprio contesto di vita ha indubbiamente facilitato la creazione di alcuni contesti di ricerca, in altri casi l’identificazione del mio essere una ricercatrice dottoranda ha compreso anche le mie altre appartenenze sociali e simboliche, rallentando l’ingresso e la costruzione della mia presenza in alcuni contesti strategici.

⁷ Oltre che ai membri del CSI con cui ho lavorato e lavoro tutt’oggi, tra i molteplici lavori che si situano nel solco di un’antropologia collaborativa penso a quelli raccolti nei volumi curati da Severi e Landi (2016), Rimoldi e Pozzi (2022), Gallotti e Tarabusi (2024) e di Porcellana (2016).

⁸ Mi riferisco qui a un’antropologia in cui l’aggettivo qualificante “pubblico” comprende un’unificazione e non una separazione tra le forme di ricerca professionale, applicata, impegnata e che, nonostante le differenze tra queste forme e nel confronto con quella più “accademica”, si riconosce in una dimensione più spiccatamente partecipativa nei temi trattati, nei processi avviati e nelle forme di produzione del sapere. Per approfondimenti, si veda Severi in Severi, Landi 2016.

Certamente queste resistenze, difficoltà e ostruzioni sono sintomatiche di altre dinamiche e caratteristiche che esplorerò nei prossimi capitoli, ma illuminano anche le ambivalenze che riguardano la posizione e la considerazione di un'antropologa nei servizi e nelle istituzioni locali. Riporto di seguito un estratto del diario di campo relativo a uno degli incontri svolti per definire il mio coinvolgimento nel processo di costruzione degli e delle ACS cittadini/e:

Vedo diversi sguardi curiosi-indagatori-un po' diffidenti da parte di Marina nei miei confronti, specialmente quando le parlo del CSI e, ancora prima, quando Federica, presentandomi a Marina, ha sottolineato che sono sia del CSI Unibo che di quello associativo (lì Marina ha proprio fatto un'espressione un po' sorpresa e scoccata). Marina fa riferimento alle diverse visioni tra i nostri enti di appartenenza e mi fa delle domande di vario tipo: «che ruoli hai assunto nei diversi progetti che hai seguito?», «pensi ti possa interessare la proposta...?», «quante ore hai a disposizione, 15-20 alla settimana...?». Ma soprattutto mi chiede: «una domanda interessante, anche spinosa... com'è fare questo salto dal CSI a qui...? Ci sono delle posizioni e delle visioni anche molto diverse...». Io rispondo che sicuramente ci sono, e che arrivo qui con la mia visione e, perché no, anche con i miei pregiudizi, ma che mi interessa osservare come avvengono dall'interno alcuni processi che io per ora ho vissuto dall'esterno. Mi chiede anche esplicitamente delle nostre diverse visioni di partecipazione: io ripeto l'importanza di coinvolgere davvero tutti i cittadini, specialmente quelli più marginalizzati e che questo “dovere” implica forse il ripensamento delle forme e dei processi che vengono detti “di partecipazione”. Lei ribadisce che ha molta stima del CSI ma che ha bisogno che ci sia consapevolezza rispetto ai «limiti strutturali» in cui il suo ente è inserito e che l'approccio (il mio) non sia troppo critico o idealistico, perché c'è «bisogno di concretezza».

Esco da questo incontro con la sensazione di essere stata a un colloquio di lavoro, e pure sotto esame (diario di campo, 4 marzo 2024)⁹.

Siamo quindi chiamati e chiamate a esporci, a prendere posizione con trasparenza nel delicato processo di costruzione di un equilibrio tra il proprio portato culturale, sociale e politico e quello dei contesti in cui entriamo, da cui apprendiamo e che ci investono di aspettative riguardanti lo sviluppo di progetti e politiche pubbliche. Il contributo richiesto, però, può essere limitato: anche un progetto innovativo, nella sua elaborazione, richiede una certa “concretezza” che si traduce nella levigazione di criticità e idealismo. Il sapere critico promosso da una disciplina chiamata a coniugare analisi profonde e coinvolgimento in «un

⁹ Tutte le persone incontrate nel corso della ricerca sono indicate tramite degli pseudonimi.

processo di cambiamento, che oggi tutti riteniamo indispensabile» (Biscaldi 2015: 16) si incontra, e spesso scontra, con contesti organizzativi che più o meno accolgono, e più o meno rifiutano, un'osservatrice partecipante (*ibidem*). Ma, al di là della postura da adottare, come facilitare quindi i processi di cambiamento e al contempo creare (e crearsi) le condizioni affinché questa facilitazione sia praticabile? Se lo strumento delle convenzioni con amministrazioni pubbliche e di borse di ricerca dedicate allo sviluppo di politiche all'altezza dei tempi attuali può fornire una base di appoggio, è nella dialettica tra vicinanza e distanza che possono maturare dei semi più consapevoli e condivisi per il cambiamento auspicato. Descrivendo la propria esperienza di operatrice, consulente e ricercatrice nel campo del welfare biellese, Manuela Vinai (2024: 288-289) utilizza la metafora dello zoom fotografico: al fine di interagire efficacemente con l'oggetto di analisi, lo zoom permette di regolare i vari gradi di prossimità (dentro-micro, vicino-meso, lontano-macro), gradi che assumono ciascuno «il medesimo valore euristico» e si spiegano reciprocamente:

L'impressione che ricavo dal confronto tra queste diverse esperienze è simile a quella di uno zoom fotografico: dapprima molto vicino alle pratiche e poi, modificando la lunghezza focale del mio obiettivo, sempre un po' più distante cogliendo una visione di panorama e talvolta, forzando la metafora, quasi telescopica/satellitare. Un movimento che necessita però di tempi di adattamento [...].

L'insieme e l'eterogeneità dei posizionamenti che ho adottato cercando di tenere fede al ruolo di ricercatrice mi hanno permesso di adottare quell'approccio multiscalare che riguarda, per l'appunto, tanto la mobilità del posizionamento dell'antropologo/a quanto le diverse scale che strutturano i fenomeni del welfare. Come puntualizzano Gallotti e Tarabusi (2024), la scalarità è da intendersi sia in senso verticale che orizzontale. Nel mio caso, ho intersecato il livello micro-locale dei territori, dei progetti e dei servizi, direttamente o attraverso le esperienze di operatori e operatrici, e quello comunale, nel confronto con funzionari/e e rappresentanti delle istituzioni, tendendo l'orecchio a ciò che dalla sfera nazionale e transnazionale ricadeva sui contesti analizzati più da vicino; così come ho attraversato palazzi sedi di enti istituzionali e cooperative, uffici di servizi, spazi-base di progetti territoriali, parchi e strade di aree marginalizzate, in un costante lavoro di ri-costruzione di quella fenomenologia del welfare che si articola in una fitta rete tra “primo” e “secondo” welfare (ivi: 30)¹⁰.

¹⁰ Per secondo welfare si intende «l'insieme di interventi che si affiancano a quelli garantiti dal settore pubblico - il “primo welfare” - per offrire risposte innovative a rischi e bisogni sociali che interessano le persone e le

La molteplicità di posizionamenti che ho descritto più volte ha interrogato, e talora fatto vacillare, il mio ruolo di ricercatrice. Spesso mi sono chiesta se l'impregnazione (Olivier de Sardan 2009), o l'*imbombegamento* (Piasere 2002), avesse travalicato un confine invisibile, nonostante la conoscenza acquisita nel percorso di studi e la consapevolezza maturata sul campo che nell'esperienza di ricerca si crea una forte interdipendenza tra ricercatore o ricercatrice e il suo oggetto di analisi - e, nel caso di un'antropologia dei servizi, tra l'antropologo/a e i soggetti con cui interagisce (Gallotti, Tarabusi 2024). In questa oscillazione, lo svolgimento del campo in Brasile mi ha permesso, ancora prima di conoscere una realtà "altra", di mettere in pratica quel distacco, sia spaziale che temporale, che permette di "mettere a fuoco" quanto esperito fino a quel momento. Anche l'antropologia "nativa" e condotta "a casa" necessita, per davvero, di un suo viaggio¹¹.

A partire dai confronti maturati nei miei ambiti di appartenenza sociale e dalla lettura di alcuni tra i più recenti contributi su antropologia pubblica e welfare (Rimoldi, Pozzi 2022, Porcellana 2022, Gallotti, Tarabusi 2024), questo travalicare ha assunto anche un'altra sfumatura, quella di un'effettiva somiglianza tra i vari lavori di mediazione e costruzione lenta e marginale di un mondo fondato su presupposti diversi da quelli etico-politici dominanti. Se l'antropologia pubblica, in particolare quella applicata, si fonda sulla costruzione situata e sulla mobilitazione di una matrice di intermediazione e integrazione tra vari livelli e mondi (dei servizi, della gente comune, delle istituzioni, ecc.) (Gallotti, Tarabusi 2024: 45), così il lavoro di prossimità e comunità è un lento processo di mediazione tra le sue varie componenti, che assume forme e adotta strategie elaborate "su misura".

Il dibattito contemporaneo sul cambiamento che l'antropologia pubblica è chiamata a - contribuire a - innescare stimola una concezione della trasformazione non solo sul piano teorico, ma anche su quello delle relazioni entro cui quelle teorie si formano, attecchiscono, si adattano o muoiono (Tarabusi, Zinn 2023; Gallotti, Tarabusi 2024). Se già in termini generali i metodi rivestono una rilevanza centrale nel processo di produzione della costituzione dei campi di ricerca e analisi («i metodi non sono strumenti che aprono finestre sul mondo, ma modalità di interferire con esso, che agiscono e mediano tra gli oggetti e le loro rappresentazioni», Mol 2002: 158), la generazione di idee che non rimangano all'interno di stretti confini disciplinari o ambiti elitari necessita, quindi, di pratiche e metodi coerenti con l'ambizioso obiettivo.

comunità» (dal sito di Percorsi di Secondo Welfare: <https://www.secondowelfare.it/cose-il-secondo-welfare/>, ultimo accesso 18.07.2025).

¹¹ Così come il lavoro dentro o con i servizi rappresenta il rito di passaggio di antropologi e antropologhe applicate (Vinai 2024).

1.2 - ... e di metodologie, praticate e desiderate

Come ho cercato di mettere in luce nelle pagine precedenti, l'interrelazione tra epistemologia e metodologia ha rappresentato un nodo centrale nella produzione della conoscenza confluita in questa tesi. Sin dalla fase di candidatura e discussione iniziale del progetto di ricerca, l'intenzione è stata quella di coniugare l'approccio metodologico etnografico con quello della ricerca-azione, anche in virtù del percorso complessivo in cui questa ricerca si situa¹² e della borsa che, con fondi europei e nazionali tesi alla "ripresa", l'ha sostenuta. Se l'etnografia permette di approfondire i fattori maggiormente rilevanti per i soggetti coinvolti nell'incessante elaborazione simbolica e materiale del loro mondo, la ricerca-azione è tesa, anche, alla costruzione delle condizioni affinché quell'approfondimento inneschi una trasformazione, in chiave emancipatoria, della realtà affrontata. Come sottolinea Bonetti (2024: 119-120), data la vivacità che contraddistingue la dimensione teorico-applicativa di questo approccio, è difficile darne una definizione univoca; nonostante ciò, si distingue da altri approcci per un presupposto fondamentale, cioè il porre l'indagine «al servizio della collettività e della trasformazione sociale», possibile solo nel momento in cui si conosce il sistema in cui si vuole operare questo cambiamento. Riflessione e azione, in questa metodologia, sono legate in modo indissolubile, in un rapporto di mutua dipendenza (Baum *et al.* 2006)¹³. Così come le sue definizioni, anche l'origine della ricerca-azione è movimentata e trova radici comuni a diverse discipline (antropologia, sociologia, psicologia, pedagogia) impegnate nella messa in discussione dei paradigmi dominanti di produzione della conoscenza (Loewenson *et al.* 2014, Bodini *et al.* 2016)¹⁴. Fin dall'inizio, quindi, ho cercato di comprendere e praticare gli strumenti etnografici all'interno di un quadro complessivo di ricerca-azione. Tra gli strumenti che ho adottato, vi sono: interviste semi-strutturate a operatori e operatrici sociali, nonché a referenti di progetti e istituzioni; incontri, a volte informali o casuali altri organizzati, di confronto individuale e collettivo sui temi della ricerca o di negoziazione dell'accesso ad alcuni campi con vari attori (operatori/trici, referenti di servizi e istituzioni, studiosi/e); periodi di diversa durata di

¹² L'impegno nella ricerca, già precedentemente citata, "L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna" (CSI 2022), nel contesto e nei progetti del CSI-APS ha fatto sì che mi sia impregnata di questa combinazione di approcci metodologici.

¹³ «Non c'è azione senza ricerca, né ricerca senza azione» (Adelman, in Bodini *et al.* 2021: 113).

¹⁴ Se la paternità della ricerca-azione viene attribuita a più studiosi, come l'antropologo John Collier o lo psichiatra Jacob Levi Moreno, il suo nome è spesso legato allo psicologo sociale Kurt Lewin e, per quanto riguarda l'applicazione emancipativa di questo approccio, al pedagogista Paulo Freire. Per approfondimenti, si vedano Loewenson *et al.* (2014) e Bonetti (2024).

osservazione partecipante in contesti in cui ero presente come ricercatrice (progetti e servizi di portierato e mediazione, servizi socio-sanitari territoriali, formazione interna alle cooperative, convegni pubblici) o come ricercatrice-operatrice (laboratorio di formazione, progetto di mediazione). Oltre che da queste fonti, elaborate in diari di campo¹⁵, ho attinto informazioni e dati da materiali a cui comunemente ci si riferisce con l'espressione "letteratura grigia", come report di progetti, documenti e circolari istituzionali, ma anche articoli della stampa locale inerenti le politiche sulla salute e le organizzazioni sanitarie, senza tralasciare un, seppur limitato, scorcio storico sviluppato tramite una ricerca di archivio sugli attori della mediazione sociale a Bologna. L'impegno che ho cercato di mantenere nell'adozione dei vari strumenti etnografici è stato quello di creare contesti per far emergere e legittimare i diversi saperi circolanti nel campo analizzato, di cui i vari attori sono portatori e che mettono in gioco (tra cui anche "i saperi dell'esperienza" o più in generale quei saperi non istituzionalizzati), prestando attenzione a presentare e chiarire la mia figura, senza che questa divenisse "ingombrante". Se tale impegno si è tradotto in alcune micro-pratiche sul piano individuale, come l'esplicitazione delle mie varie appartenenze e posizionamenti all'inizio del dialogo con ciascuna persona e lo sviluppo di un setting relazionale che facilitasse l'esposizione e la riflessione sulle proprie esperienze, difficilmente la traduzione si è articolata su un piano più collettivo e trasformativo. Più volte, infatti, mi sono interrogata sui modi di stare in relazione con "i soggetti della ricerca" e sulle pratiche che sostanziano un'antropologia collaborativa, senza, tuttavia, trovare una sintesi soddisfacente tra trasformazione emancipatoria e applicabilità. All'intersezione tra oggetto, condizioni e metodologia della ricerca qui presentata, cercherò di spiegare le ragioni di tale mancata, o parziale, soddisfazione in relazione ad alcuni tratti fondamentali del paradigma della ricerca-azione. In primo luogo la dimensione partecipativa della ricerca: le persone con cui il ricercatore o ricercatrice interagisce maggiormente sono riconosciute come veri e propri co-produttori della costruzione di senso che si genera a partire dalle loro stesse esperienze (Bonetti 2024); di conseguenza, la classica distinzione tra soggetto e oggetto della ricerca viene superata nel contesto di una generale redistribuzione del potere a favore soprattutto di chi è direttamente coinvolto dal problema o dal fenomeno analizzato, una dimensione particolarmente rilevante nel caso della *participatory action-research* (Baum *et al.* 2006, Loewenson *et al.* 2014). In questo caso, la rappresentazione culturale dell'antropologo/a che "arriva, osserva, giudica e se ne va" ha costituito un iniziale ostacolo, smussato dal tipo di

¹⁵ "Diari" al plurale perché, oltre al mio diario personale, ho partecipato alla redazione collettiva di un altro diario relativo al campo del laboratorio di formazione-intervento trattato nel terzo capitolo.

postura che ho adottato, dall'esplicitazione ai miei interlocutori di voler apprendere da e con loro, dalla restituzione di un'immagine complessiva dei dati raccolti, sia a loro che, potenzialmente, a funzionari/e e rappresentanti di servizi e istituzioni locali. Un profondo coinvolgimento degli attori in processi di produzione e riflessione collettiva, tuttavia, non è stato possibile in quanto, come si leggerà più approfonditamente nei prossimi capitoli, la maggior parte dei servizi e dei progetti che ho attraversato sono caratterizzati da un'alta precarietà e frammentazione, oltre al ritmo sincopato con cui si è sviluppata la negoziazione e il mio coinvolgimento nella progettazione istituzionale di una nuova figura di prossimità. Ho inseguito, spesso con il fiatone, la difficile articolazione tra questi tempi e contesti frammentati; il potenziale coinvolgimento, e consequenziale riconoscimento, dei vari attori sociali nel processo a più tappe della produzione del sapere ha dovuto fare i conti, anche, con attese prolungate e brusche interruzioni. A titolo esemplificativo, l'attivazione e l'avvio effettivi della convenzione tra Università e Comune di Bologna, per il mio impegno in quest'ultimo, sono coincisi con i mesi di "pausa" del percorso di progettazione della figura di Agente Comunitario/a di Salute; parallelamente, ho posticipato l'organizzazione di un momento di restituzione e discussione collettivo dei dati emersi dalle interazioni con i vari operatori e operatrici, impegnati in progetti e servizi di comunità e prossimità nell'ambito sociale, dopo il mio rientro dal Brasile, ma, nel frattempo, la metà di questi lavoratori e lavoratrici (quattro su otto) aveva sospeso o lasciato la posizione lavorativa che ricopriva nel momento in cui l'avevo incontrato/a e intervistato/a¹⁶. Nel contesto di questa ricerca, quindi, la ciclicità delle diverse fasi che possono più o meno caratterizzare processualmente e contestualmente l'impostazione della ricerca-azione, sintetizzabili in osservazione, riflessione e azione¹⁷, non ha coinvolto attivamente tutti i soggetti. Un'altra variabile fondamentale di questo approccio metodologico, così come di quello etnografico, infatti, è quella temporale: per sviluppare e mantenere una ricerca-azione, somigliante a un percorso a ostacoli, sono necessari tempi lunghi e una certa continuità, funzionali *in primis* alla costruzione di uno

¹⁶ Mi riferisco al periodo da settembre 2024 a giugno 2025, durante il quale ho anche svolto il periodo di studio e ricerca, previsto dalla borsa di dottorato, in Brasile (novembre 2024-aprile 2025).

¹⁷ Come scritto precedentemente, vi sono varie teorie e applicazioni del dispositivo della ricerca-azione che si distinguono anche per una informalità del processo o una sua articolazione più strutturata, la quale a sua volta si può ulteriormente differenziare per diversi livelli di analisi (Coggi e Ricchiardi, ad esempio, individuano undici fasi) o sintesi (Cunningham, invece, ne propone quattro). È bene sottolineare che per "informalità" non si tende un processo senza forma, ma si fa riferimento alla processualità e al divenire delle forme (identità, relazioni, visioni) in relazione alla negoziazione dei significati e agli spostamenti prodotti nel campo della ricerca (Porcellana 2016: 173). Per approfondire alcuni di questi approcci alla ricerca-azione si vedano: Coggi, Cristina, Ricchiardi, Paola, 2005, *Progettare la ricerca empirica in educazione*, Roma, Carocci; Cunningham, Bart, 1976, «Action research toward a procedural model», *Human Relations*, 29 (3): 215-238; Barbier, René, 2008, *La ricerca-azione*, Roma, Armando Editore.

spazio relazionale e dialogico che renda la compartecipazione effettiva e non si fermi alla sola consultazione (Porcellana 2016; Bonetti 2024). Alla luce del ritmo descritto precedentemente, i tre anni del percorso dottorale e le tempistiche delle negoziazioni richieste dagli ingaggi istituzionali non sono stati sufficienti. Ciò nonostante, se la ricerca-azione può essere «più o meno partecipativa e più o meno focalizzata sul piano del processo, dell'applicazione o degli esiti della ricerca» (ivi: 145), la restituzione ai soggetti della ricerca di un'immagine complessiva dei campi attraversati assume ancor più rilevanza e rappresenta un processo che si sta strutturando proprio nel periodo di scrittura di questa tesi - e che ne lascia aperti, e incerti, gli orizzonti.

La sintesi qui presentata, quindi, è quella di una ricerca «sufficientemente collaborativa» (Gallotti, Tarabusi 2024) che ha cercato di innescare dei processi, tuttora in corso, a partire dalla creazione di un potenziale relazionale e conoscitivo che si può inserire in un più ampio potenziale d'azione per l'equità in salute composto di relazioni o gruppi di lavoro, conoscenze, competenze, ma anche motivazioni e mandato politico (CSI 2022: 36).

Come già accaduto nell'arco di questa ricerca, sento risuonare le ambizioni metodologiche nelle parole di operatori e operatrici, questa volta “prese in prestito” dagli attori incontrati da Valentina Porcellana nella sua lunga immersione e implicazione nel campo dei servizi per persone senza fissa dimora del territorio torinese:

Come sostenevano gli educatori di strada, «gli interventi a bassa soglia non chiedono cambiamenti, ma innescano dei processi; non propongono modelli, ma costringono a pensare diversamente; non contrappongono normalità e devianza, ma suscitano risorse e inventano comunicazioni nuove» (Porcellana 2016: 40).

1.3 - Concetti e paradigmi

1.3.1 - La salute (è) di comunità

Ai lettori e alle lettrici più avvezzi agli studi sociali sulla salute sarà certamente già capitato di incontrare la definizione di salute proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1946 in occasione della sua stessa costituzione: «la salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non soltanto assenza di malattia» (WHO 1946). I fondamentali pregi di tale definizione sono principalmente due: lo spostamento dell'attenzione dalla sola condizione patologica che, se ritenuta il metro di individuazione

della salute, produrrebbe una versione restrittiva e impoverita della complessità che invece la costituisce; la comprensione della salute all'interno di un quadro bio-psico-sociale in grado di tenere insieme la multidimensionalità intesa non solo come sommatoria di fattori biologici, psicologici e sociali, ma come un insieme composto da più elementi, di più dimensioni, in costante e reciproca interazione. Una parola della popolare definizione, tuttavia, può indurre a qualche incomprensione: “stato”. Se assumiamo una prospettiva antropologica, infatti, la salute, così come i fatti sociali ad essa collegati (la malattia, il benessere, le pratiche mediche, ecc.), rappresentano essenzialmente un costrutto culturale. Questa affermazione significa che la definizione della salute dipende da un insieme di credenze e valori, oltre che di pratiche e principi tesi a realizzarli (Napier *et al.* 2014: 1) che variano a seconda dei contesti sociali, geografici e storici. L'eterogeneità veicolata dal termine “culturale” (Appadurai 2012) associato a quello di “salute” non può dunque essere mai data per scontata, né quando ci riferiamo ai contesti che presumiamo di conoscere (e quindi non “altri”), né quando parliamo di singoli individui o gruppi sociali individuati in base a un'ipotetica appartenenza culturale¹⁸. La dinamicità che, quindi, contraddistingue questo costrutto non viene resa adeguatamente dalla parola “stato”, a cui si potrebbe preferire quella di “processo”. Se la cultura stessa è un processo continuo e intersoggettivo di produzione di significati e pratiche, lo è anche la salute (Quaranta, Ricca 2012). Adottare una prospettiva processuale per pensare (e agire) la salute ci porta, dunque, a considerare la salute come un prodotto delle relazioni sociali di cui ciascun soggetto è partecipe. Al mutare delle condizioni sociali in cui la vita di ciascun soggetto prende forma corrisponderà, perciò, anche un mutamento della sua salute. Una seconda definizione prodotta da un altro organismo formale può fornire un ulteriore e importante supporto nella comprensione della salute secondo il principio della determinazione sociale, ovvero quella proposta dalla VIII Conferência Nacional de Saúde brasiliana del 1986:

la salute è il risultante delle condizioni di alimentazione, abitazione, reddito, ambiente, lavoro, trasporto, impiego, tempo libero, libertà, accesso e proprietà della terra e accesso ai servizi di salute. È, quindi, prima di tutto il risultato delle forme di organizzazione

¹⁸ Gli autori e le autrici della Commissione su Cultura e Salute della rivista *The Lancet* sintetizzano in maniera efficace questo paradosso antropologico: «Da un lato, crediamo che nessuno ci conosca meglio di noi stessi. Dall'altro, ci rendiamo conto che la cosa più difficile da arrivare a conoscere è la nostra cultura, ossia riuscire a giudicare criticamente e obiettivamente la natura soggettiva delle nostre pratiche. Questa difficoltà dà ragione del perché la cultura, per molti, rimanga un concetto vago. Per definizione, è difficile riconoscere di essere immersi in una cultura» (Napier *et al.* 2014: 4).

sociale della produzione, le quali possono generare grandi disuguaglianze nei livelli di vita (Brasil 1986: 12, traduzione mia)¹⁹.

La salute collettiva brasiliana, che rientra nella più ampia medicina latinoamericana di stampo preminentemente sociale, rappresenta, infatti, un fertile paradigma, teorico, metodologico e pratico, da analizzare e da cui apprendere²⁰. Sviluppata in particolare a partire dagli anni Sessanta e Settanta, la salute collettiva si è affermata insieme come campo teorico-scientifico interdisciplinare, contesto di pratiche eccedenti il solo settore sanitario e movimento politico e sociale (Martínez-Hernández, Bekele 2023). Al centro di questo dinamico corpus di analisi volte alla decostruzione di una salute riduzionista e alla ricostruzione di una salute profondamente intrecciata alla giustizia sociale, sono situati i processi e le forme di organizzazione sociale che determinano la distribuzione di salute e malattia nella società. Tale approccio alla determinazione sociale invita ad indagare tanto le dinamiche e gli attori responsabili delle disuguaglianze in salute, quanto le azioni necessarie a un loro superamento. Tra gli esponenti di maggior incidenza di questo approccio compare lo studioso ecuadoriano Jaime Breilh, che nel 1977 per primo propose il paradigma della determinazione sociale della salute al fine di costruire un apparato in grado di sostenere la complessità delle relazioni esistenti tra distribuzione di salute e malattia, organizzazione e processi sociali operanti in un dato contesto (Harvey *et al.* 2022). Negli anni tale paradigma è stato discusso e ampliato da più studiosi e studiose e, in un recente volume, lo stesso Breilh (2021) ha ulteriormente sistematizzato e illustrato i presupposti teorici e le dinamiche di articolazione che caratterizzano questo approccio. Innanzitutto, con il termine “determinazione” si indica il modo di divenire di un processo e si invita ad andare “oltre la punta dell’iceberg” che rappresenta il fenomeno empiricamente osservabile, ovvero la distribuzione diseguale della salute. Come ricordano anche Harvey e colleghi (2022), il processo di determinazione non è da intendersi in modo meccanico e unidirezionale; la dinamicità che contraddistingue questo processo può essere compresa più facilmente in relazione a una seconda parola chiave del

¹⁹ La versione nella lingua originale recita: «a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida». L’VIII Conferência Nacional de Saúde ha rappresentato una tappa fondamentale nello sviluppo della salute collettiva e pubblica brasiliana; in quell’occasione, infatti, fu tracciato il disegno di quello che, pochi anni dopo, sarebbe diventato il Sistema Único de Saúde.

²⁰ Per approfondire la storia e le traiettorie teoriche, metodologiche e applicative della salute collettiva nel panorama della medicina sociale si vedano: Almeida-Filho, Naomar, 2006, «Complejidad y Transdisciplinarietà en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones», *Salud Colectiva*, 2(2): 123-146; Guimarães, Cristian Fabiano, 2016, *O Coletivo na Saúde*, Rede Unida, Porto Alegre; Breilh, Jaime, 2021, *Critical Epidemiology and the People’s Health*, Oxford, Oxford University Press.

paradigma proposto da Breilh, “sussunzione”. Di derivazione marxista, questo termine fa riferimento alla dinamica di condizionamento, nel senso di definire le condizioni, di un processo più semplice da parte di un processo più complesso attraverso il dominio (Breilh 2021). Come illustrato anche visivamente dall’autore (fig. 1), la sussunzione opera nell’interazione tra tre sfere complementari, quali: la sfera generale, con cui si indicano le caratteristiche e i processi di riproduzione sociale di una certa formazione sociale, tra cui le relazioni di potere, la produzione e l’accumulazione di ricchezze tanto tra gli individui quanto nella relazione tra società e natura; la sfera particolare, che si riferisce alle relazioni tra classe sociale, etnia e genere, in base alle quali si costituiscono delle gerarchie sociali tra i diversi gruppi esistenti nella formazione sociale analizzata, a cui corrispondono diversi modi collettivi di vita, come, ad esempio, le condizioni di lavoro; la sfera individuale, inteso come l’insieme degli attributi personali incorporati che formano un certo stile di vita e si manifestano in certe condizioni di salute osservabili.

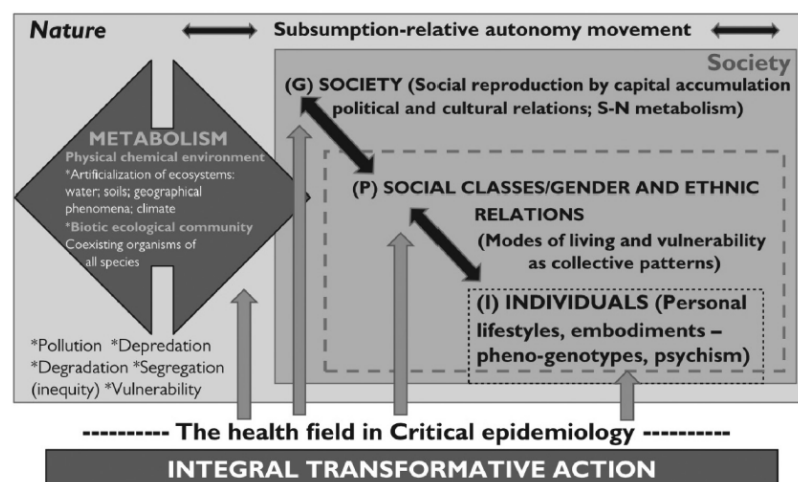


Fig. 1. La determinazione sociale della salute proposta da Jaime Breilh e pubblicata in Breilh 2021.

L’interazione tra queste sfere in base al processo di sussunzione risulta funzionale alla riproduzione dell’ordine sociale esistente, quindi a una perpetuazione della distribuzione diseguale di salute e malattia (Harvey *et al.* 2022); tuttavia, mette in luce Breilh (2021), esistono anche dei modi, principalmente inerenti l’azione politica collettiva, attraverso cui il condizionamento può avvenire anche in un processo più complesso, afferente alla sfera generale o particolare, da parte di un processo più semplice, proprio della sfera individuale. La dinamicità dei movimenti di influenza tra i vari livelli di analisi viene rimarcata anche nella teoria ecosociale, un altro approccio allo studio della distribuzione diseguale della salute che, accanto a quello formulato nel campo della salute collettiva, rappresenta uno dei filoni di

epidemiologia sociale e critica più rilevanti. L'epidemiologa statunitense Nancy Krieger, che per prima propose questa teoria nella metà degli anni Novanta (Krieger 1994), propone un'analisi processuale dei fenomeni di salute e malattia fondata sul collegamento tra la biologia degli individui e il contesto sociale, economico, politico e culturale in cui sono immersi e che essi stessi contribuiscono a costruire (Krieger 2011). L'invito all'adozione di uno sguardo sulla distribuzione del carico di malattia storicamente profondo, quindi attento alla traiettoria di vita di un soggetto e alle generazioni storiche, e geograficamente ampio, cioè comprendente diversi livelli di analisi, dall'individuale a quello globale, è volto all'individuazione non solo del cosa viene prodotto, cioè le disuguaglianze, ma anche di come e di chi le produce. L'enfasi posta sul contesto ecologico e sociale, piuttosto che su quello bio-sociale, porta a dare un'attenzione preminente alle interazioni tra soggetto, popolazione e ambiente. Come spiega l'autrice (Krieger 2011: 213), fare esplicito riferimento alla disciplina ecologica, originariamente intesa come scienza che si occupa delle relazioni dell'organismo con l'ambiente comprendente l'insieme delle condizioni di esistenza (Stauffer in Krieger 2011: 205-206), permette di allontanarsi da un certo determinismo bio-sociale che affonda le proprie radici nell'eugenetica e di "catturare" la dinamicità e la complessità delle interazioni che la cornice ecologica considera. Tali interazioni si strutturano attorno a tre principali assi di disuguaglianza sociale, quali classe, genere ed etnia; in base alle molteplici collocazioni possibili degli individui nel campo costruito da questi assi e ai processi che intervengono²¹, *in primis* quello dell'incorporazione, si producono diversi scenari di salute e malattia (Krieger 2011). In sintesi, la teoria ecosociale ci invita a considerare il corpo, sano e malato, come il piano su cui in un determinato contesto spazio-temporale si concretizzano e manifestano le relazioni sociali multilivello di cui gli individui fanno esperienza nel corso della loro vita (Martino, Di Girolamo 2015). Detto altrimenti, malattia e salute rappresentano delle forme specifiche di «prassi culturale, i cui aspetti più personali affondano le radici al di là dell'esperienza individuale, per divenire piuttosto tracce incorporate di processi la cui natura non è solo storico-culturale, ma anche politico-economica» (Quaranta 2006: XXVII-XXVIII). Al fine di aiutare a comprendere l'inscindibilità, in una cornice ecologica, tra il sociale e il biologico nel campo dell'epidemiologia, ancorato e riproduttore di una visione bioriduzionista, Krieger propone un'immagine particolare, quale l'intreccio tra un cespuglio e un'impalcatura (fig. 2). Riprendendo le parole dell'autrice, la metafora frattale

²¹ Per un'analisi approfondita dei processi di esposizione, suscettibilità e resistenza, accanto a quelli di incorporazione, agentività e responsabilità, si veda in particolare il capitolo *Ecosocial Theory of Disease Distribution. Embodying Societal and Ecologic Context* in Krieger 2011.

«sposa la metafora dell'impalcatura' continuamente costruita della società, che i diversi gruppi sociali cercano quotidianamente di rafforzare o alterare, con quella del 'cespuglio' sempre crescente dell'evoluzione, definendo insieme le potenzialità e i vincoli della vita umana» (Krieger 1994: 897, trad. mia)²². L'immagine frattale è scelta proprio in quanto si ripete identica a sé stessa su molteplici scale, per cui l'unione tra l'attività umana intenzionale, rappresentata dall'impalcatura, e quella dell'evoluzione del mondo naturale, rappresentata dal cespuglio, a sua volta riadattata da quella dell'albero in quanto maggiormente dinamica, si ripropone a ogni livello, da quello sub-cellulare a quello sociale (Krieger 1994, 2011).

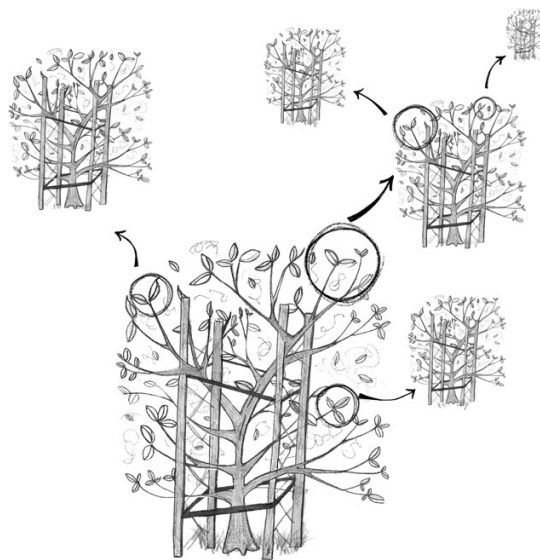


Fig. 2. Teoria ecosociale: illustrazione della metafora frattale (Krieger 1994, 2011).

L'adozione di uno sguardo «storicamente profondo e geograficamente ampio» non risulterà nuova a chi ha coltivato l'interesse per le disuguaglianze in salute in altri campi rispetto a quello dell'epidemiologia sociale. Il riferimento qui è, innanzitutto, al medico e antropologo Paul Farmer che, tra la fine degli anni Novanta e l'inizio del nuovo secolo, ha avuto il merito di riportare alla ribalta il concetto di violenza strutturale. Focalizzandosi su questo tipo di violenza, agita processualmente in modo sistematico e indiretto da organizzazioni sociali costitutivamente patogenetiche, poiché produttrici di disuguaglianze, egli invita a calare l'«etnograficamente visibile» nell'insieme di processi e relazioni di potere entro cui si plasmano le esperienze di vita e di morte, di sofferenza e benessere (Farmer 2003, 2006). Più

²² «[...] the closest image that comes to mind stems from marrying the metaphor of the continually-constructed 'scaffolding' of society that different social groups daily seek to reinforce or alter to that of the ever-growing 'bush' of evolution, together defining the potential and constraints of human life» (Krieger 1994: 897).

che ripercorrere in modo approfondito e complessivo le articolazioni del pensiero dello studioso²³, in queste pagine sono maggiormente interessata a rintracciare i collegamenti tra diversi ambiti disciplinari, a partire dall'esortazione all'inter- e alla trans-disciplinarietà evocata dai diversi studiosi e studiose a cui ho accennato fino ad ora e che rientrano, ciascuno/a per il proprio ambito, all'interno di un filone "critico" (*Critical Anthropology of Health*²⁴, *Critical Epidemiology*). «Un'antropologia della violenza strutturale [...] non può che dialogare con la storia e con la biologia, così come non può fare a meno di un approccio politico-economico» (Farmer 2006: 24). Oltre alla portata, ampia e profonda, dello sguardo, gli altri elementi che compongono un possibile filo rosso nell'analisi delle disuguaglianze e dei relativi effetti, secondo le prospettive qui comprese, sono l'attenzione verso l'articolazione di genere, classe socio-economica ed etnia, la necessaria analisi economico-politica delle forme di sofferenza e il ruolo delle discipline, dei ricercatori e delle ricercatrici. I fattori sociali di genere, etnia, classe o status socio-economico rappresentano degli assi fondamentali su cui si strutturano differenze sociali e ingiuste che si materializzano in diverse esperienze di salute e cura; se l'analisi di ciascuno di questi elementi è importante, tuttavia, singolarmente non sono sufficienti, in quanto è l'intersezione tra i vari assi che determina la posizione occupata da un singolo individuo o gruppo sociale nelle varie strutture di disuguaglianza e, conseguentemente, l'incorporazione delle «patologie del potere» (Farmer 2003). L'analisi simultanea di questi fattori risulta importante anche per non cadere nel rischio, che si incontrerebbe soprattutto nel soffermarsi unicamente sull'asse dell'etnia, di chiamare "culturali" delle differenze che, invece, sono prodotte in ragione di un certo ordine politico ed economico (Quaranta 2006). Proprio l'introduzione di un approccio economico-politico nello studio delle esperienze di salute e malattia risulta un contraltare necessario ai terreni elettivi delle discipline qui trattate, quali la cultura e la biologia. Se nell'ambito dell'antropologia medica tale approccio è da integrare a quello dell'analisi

²³ Paul Farmer è stato un autore prolifico, oltre che attore impegnato, nell'ambito dell'analisi della violenza strutturale e della sofferenza sociale. In questo paragrafo vengono ripresi più concetti e ragionamenti dell'autore, che rappresenta una fondamentale fonte di ispirazione per questa ricerca; per approfondire ulteriormente le sue elaborazioni si consigliano i volumi *Pathologies of Power: Health, Human Rights and The New War on the Poor* (2003); (come co-autore) *Global Health in Times of Violence* (2009); *To Repair the World: Paul Farmer Speaks to the Next Generation* (2013); (come co-autore) *Reimagining Global Health* (2013).

²⁴ Oltre a Paul Farmer, un altro protagonista dello sviluppo critico dell'antropologia medica è Didier Fassin, promotore dell'*Anthropologie Politique de la Santé* (Quaranta 2012). Le sue analisi si concentrano principalmente sulla costruzione della biolegittimità in diversi contesti socio-culturali e politici e sull'uso dei sentimenti morali come strumenti politici in un quadro fondato sulla ragione umanitaria. Per una lettura immersiva in questi temi e comprensiva dei diversi contesti analizzati negli anni dall'autore, si veda Fassin, Didier, 2018, *Ragione umanitaria. Una storia morale del presente*, trad. di Lorenzo Alunni, Roma, DeriveApprodi (ed. or. 2010, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Gallimard-Seuil-Hautes Études).

culturale e simbolica per evitare la trappola culturalista, nell'epidemiologia sociale la comprensione del ruolo delle organizzazioni politiche ed economiche e dei relativi meccanismi di riproduzione sociale è fondamentale per arginare l'imperativo bio-riduzionista. In sintesi, si tratta di ricomprendere l'analisi dei fenomeni sociali della sofferenza e del benessere in una cornice complessa in cui biologia, cultura, storia, politica ed economia sono colte nella loro reciproca interazione. Come rimarcano i diversi autori e autrici, il rischio, altrimenti, è quello di costruire delle analisi che riproducono le storture dell'ordine sociale in cui tutte le persone, studiosi e studiose compresi, sono inserite. La spinta della *Critical Anthropology of Health* è, infatti, quella di affiancare all'analisi un impegno all'intervento per promuovere la capacità di azione di quei soggetti su cui maggiormente pesano le condizioni di oppressione (Quaranta 2006), una spinta ampiamente condivisa dai/lle vari/e esponenti dell'epidemiologia critica, e più largamente dai chi sostiene il paradigma della salute collettiva. La descrizione dei processi di produzione di salute e malattia deve quindi tendere alla promozione della giustizia sociale (Krieger 2011), all'interno di un processo politico di emancipazione che coinvolge le stesse discipline (Harvey *et al.* 2022) e in cui i ricercatori e le ricercatrici si impegnano in una prassi caratterizzata dalla partecipazione equa tra i molteplici attori sociali interessati dal fenomeno indagato al fine di costruire delle azioni territoriali concrete (Breilh 2021).

L'accento decisivo è posto sui processi di produzione dei fenomeni di salute e malattia e l'esplicito posizionamento etico-politico, che rappresentano i principali punti di distinzione rispetto al più conosciuto, in ambito europeo, approccio dei determinanti sociali della salute. Questi ultimi sono comunemente descritti come le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano e le più ampie forze politiche, sociali ed economiche che influenzano tali condizioni (WHO 2008). Il concetto dei determinanti sociali di salute inizia a guadagnare una certa popolarità a cavallo del nuovo millennio con i lavori degli epidemiologi Richard Wilkinson e Michael Marmot²⁵, ampliata successivamente dalla pubblicazione nel 2008 del report *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health* ad opera della Commissione sui Determinanti sociali dell'OMS. Nel modello proposto dall'OMS, l'insieme dei fattori che agiscono sulla salute degli individui è suddiviso in molteplici determinanti distinti in distali, ovvero l'insieme delle condizioni multidimensionali più strutturali e contestuali (condizioni socio-economiche, culturali e ambientali, agricoltura e produzione alimentare, istruzione,

²⁵ Il riferimento è qui al testo di Wilkinson e Marmot *Social Determinants of Health. The Solid Facts*, pubblicato per la prima volta nel 1998 e riproposto nella seconda edizione del 2003.

ambiente di lavoro, reddito, acqua e impianti igienici, servizi sanitari, abitazione), e prossimali, riferiti agli stili di vita individuali (uso sostanze, alimentazione, attività fisica, ecc.) e alle reti sociali e comunitarie. Questo insieme viene spesso reso graficamente dal “diagramma dell’arcobaleno” (fig. 3), elaborato già agli inizi degli anni Novanta dagli/le esperti/e in sanità pubblica Goran Dahlgren e Margaret Whitehead (1991) a partire dal paradigma della promozione della salute²⁶, e successivamente sempre più impiegato anche nelle elaborazioni dell’OMS.

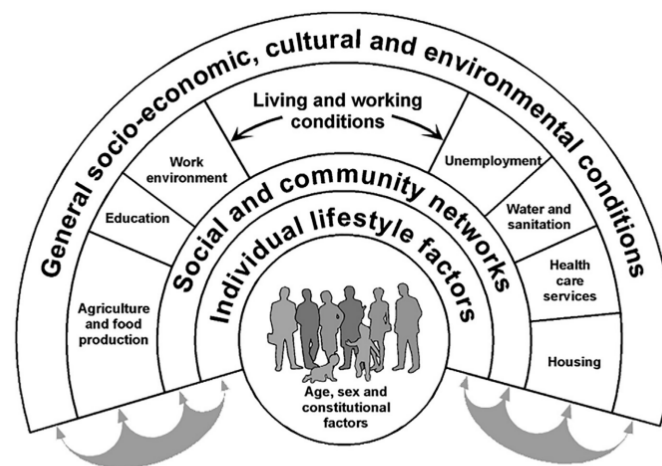


Fig. 3. Il diagramma dei determinanti sociali di salute originariamente apparso in Dahlgren, Whitehead (1991) e successivamente riadattato in Dahlgren, Whitehead (2021).

Il modello dei determinanti sociali di salute ha avuto il fondamentale pregio di proporre una spiegazione all’interno di una cornice non neutra, bensì contestuale e socialmente complessa delle dimensioni individuali e bio-patologica, su cui generalmente si fermava l’analisi, tanto delle cause quanto degli interventi, del binomio malattia-salute. A più di trent’anni di distanza dalla sua elaborazione, la rappresentazione grafica di questo modello è divenuta il modello più popolare e diffuso per raccontare la salute secondo questa prospettiva²⁷, veicolando, attraverso un’immagine semplice e accessibile, una visione olistica e multi-livello della salute che stimola l’“accensione della lampadina” anche in chi opera in altri settori rispetto a quello sanitario (Dahlgren, Whitehead 2021). Nonostante i meriti e gli effetti positivi di questo modello, molteplici sono le critiche che ne evidenziano i limiti, a

²⁶ Le origini di questo concetto risalgono al Lalonde Report del 1974 e alla Carta di Ottawa del 1986, considerati, specialmente il secondo, i documenti fondativi della promozione della salute.

²⁷ Relativamente a contesti locali più prossimi, tale diagramma è stato utilizzato in molteplici sedi (report, presentazioni, incontri di discussione) e con diversi tipi di pubblico (amministratori/trici, operatori/trici, cittadini/e) anche nell’ambito del progetto di ricerca-azione “L’equità nel diritto alla salute. Il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna”.

partire dalla frammentazione dei diversi determinanti e l'assenza dei processi di produzione di questi elementi. Nonostante l'intento, in parte comunque raggiunto, di fornire un'immagine integrale e comprensiva dei molteplici fattori in gioco, la relazione di reciproca influenza dei diversi determinanti non è resa adeguatamente, come se i singoli determinanti (ad es. istruzione e lavoro) fossero unità indipendenti le une dalle altre. La spiegazione limitata dell'interdipendenza tra singoli fattori e tra livelli di determinanti è inoltre data dal focus sul prodotto, il determinante, isolato dai relativi processi che lo producono e che il determinante a sua volta produce. Questa rappresenta una delle principali critiche mosse dai sostenitori e dalle sostenitrici dei filoni critici dell'epidemiologia sociale precedentemente trattati, a cui, tuttavia, il fautore e la fautrice del diagramma dell'arcobaleno rispondono puntualizzando che l'oggetto di analisi del modello proposto sono i determinanti sociali della salute di una popolazione, e non i meccanismi di produzione delle disuguaglianze (*ibidem*). La separazione tra processo e prodotto e la mancata articolazione di chi e come produce le disuguaglianze imputate all'epidemiologia convenzionale riprodurrebbero un «empirismo riduzionista» teso a una palliativa «amministrazione delle disuguaglianze» anziché a un fronteggiamento delle iniquità (Breilh 2021). Le domande al centro di un'indagine sulla distribuzione diseguale di salute e malattia dovrebbero essere, secondo Krieger (2011: 214), «Chi e cosa guida i modelli attuali e mutevoli di disuguaglianze sociali nella salute?» e «Chi e cosa guida i modelli e i livelli generali di morbidità e mortalità?».

Ciò che, nonostante le importanti differenze, accomuna i vari approcci è l'adesione al paradigma dell'incorporazione, più esplicitamente espresso nell'ambito dell'epidemiologia critica. Le radici di questo concetto si devono all'antropologo Thomas J. Csordas, il quale formulò un paradigma di stampo fenomenologico teso a concepire il corpo non solo come oggetto culturale prodotto socialmente, ma anche come terreno esistenziale stesso della cultura (Csordas 1990: 5). Cercando di oltrepassare una rappresentazione del corpo fondata su dicotomie ampiamente diffuse, come quelle tra biologia e cultura o mente e corpo, l'incorporazione ci spinge quindi a considerare le forme di sofferenza sociale, tra cui la malattia, come esperienze soggettive di dinamiche socio-culturali e politico-economiche di più ampia e profonda portata in cui il soggetto corporeo è esso stesso produttore di significati e processi.

Un altro paradigma sfidante gli assunti comuni è quello della promozione della salute, precedentemente accennato. Sviluppatosi inizialmente tra gli anni Settanta e Ottanta, tale paradigma considera la salute come una risorsa positiva per la vita di ciascun essere umano, finalizzata allo sviluppo di un'esperienza di vita coerente con i significati e i valori di

ciascuno/a (CSI 2022). Come definito nelle pagine precedenti, la salute è un costrutto culturale generato socialmente (Consoloni, Quaranta 2021), in quanto ci fornisce un'indicazione, incarnata, delle relazioni sociali di cui il soggetto è partecipe. Al fine di migliorare la salute, sarà quindi necessario agire proprio sulle relazioni in cui il soggetto è immerso a partire da un suo stesso coinvolgimento affinché gli sia garantita la capacità di azione. La Carta di Ottawa, ancora oggi uno dei principali documenti di riferimento in questo ambito²⁸, recita che «la promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla», attraverso anche una modifica dell'ambiente di vita, se necessaria (WHO 1986). Se l'impegno è quello di analizzare in profondità le disuguaglianze e la loro determinazione sociale al fine di promuovere la salute in un'ottica di giustizia sociale ed equità, come fare affinché individui e gruppi sociali sappiano e possano agire sulle relazioni sociali che informano la loro esistenza? La Carta di Ottawa indica cinque principali aree di azione, quali costruire una politica pubblica per la salute, creare ambienti favorevoli alla salute, rafforzare l'azione della comunità per la salute, sviluppare le abilità personali e ri-orientare i servizi sanitari, da perseguire attraverso tre strategie, quali l'advocacy, la costruzione dei mezzi attraverso cui abilitare le persone e la mediazione tra i vari interessi esistenti all'interno di una formazione sociale (*ibidem*). Numerosi sono i richiami alla capacitazione, formulata da Amartya Sen e sostenuta, tra gli altri, da Paul Farmer, e all'*empowerment* di stampo individuale e, ancor più importante per i fini di questa ricerca, comunitario; due termini che spesso compaiono in modo sinergico anche quando si tratta di welfare di prossimità (Messia, Venturelli 2015), oltre che, più ampiamente, di promozione della salute. Per capacitazione si intende in generale la capacità di azione di un soggetto, individuale o collettivo, o, come la definisce più precisamente Sen, le plurali capacità di conseguire ciò che ciascuno/a desidera essere o fare²⁹ (Sen 2001). Il concetto di *empowerment* fa riferimento a un processo che mira a «potenziare le possibilità per le persone di controllare la propria vita» (Rappaport 1981). Si distingue dal coinvolgimento o dalla partecipazione di individui e comunità per il fine di aumentare il controllo sulle decisioni e sulle trasformazioni sociali che le riguardano all'interno di un essenziale processo di rinegoziazione dei poteri tra gli attori sociali (Baum 2008). Si tratta di

²⁸ La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute è il documento prodotto in occasione del primo Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute svoltosi a Ottawa (Canada) nel 1986.

²⁹ «La 'capacitazione' di una persona non è che l'insieme delle combinazioni alternative di funzionamenti che essa è in grado di realizzare. È dunque una sorta di libertà: la libertà sostanziale di realizzare più combinazioni alternative di funzionamenti» (Sen 2001: 79). L'approccio alle capacità è stato ulteriormente articolato dalla filosofa Martha Nussbaum; per approfondimenti, si veda Nussbaum, Martha, 2014, *Creare capacità*, Bologna, Il Mulino.

una definizione radicale e ambiziosa di *empowerment*, a cui, tuttavia, è necessario tendere affinché non si produca una de-politicizzazione del termine (Wallerstein, Bernstein 1994, Popay *et al.* 2021). Al centro del costrutto di *empowerment*, con cui quindi si fa riferimento tanto al processo - *empowering* - quanto al risultato di tale processo - la comunità *empowered* - (Nicoli, Pellegrino 2011), vi è quindi la dimensione del potere. Quest'ultimo, inteso dunque come capacità di controllare o influenzare le strutture sociali e politiche, può essere declinato in modo distinto, seppur integrato, tra i diversi livelli di analisi (Zimmerman 2000). Se a livello individuale un contesto *empowering* permette l'espressione e lo sviluppo di nuovi desideri, conoscenze e abilità, comprese quelle di confronto con altri/e e di presa decisionale, a livello organizzativo un processo simile porta a fare esperienza di una struttura in cui responsabilità e leadership sono condivise e in cui la rete con altre organizzazioni è incentivata, che a livello comunitario può corrispondere a un miglioramento dell'accesso alle risorse per l'intera comunità e a una struttura in grado di identificare collettivamente bisogni, strategie ed azioni a partire dall'eterogeneità di prospettive esistenti nella comunità stessa (ivi: 54-55).

Strettamente connesso al costrutto di *empowerment*, emerge quello di capitale sociale, concepito processualmente come l'insieme di legami di reciprocità e di reti sociali significative che nutrono i processi di interazione e cooperazione all'interno di una certa comunità o formazione sociale (Napier *et al.* 2014). Al pari di altri concetti "popolari" nell'ambito della salute di comunità, come quello di partecipazione, il costrutto di capitale sociale è caratterizzato da una notevole ampiezza semantica (Minelli 2007: 10), e i suoi significati, sia sul piano dell'inquadramento teorico che nei molteplici campi di ricerca, variano a seconda delle discipline, delle inclinazioni ideologiche e dei contesti analizzati³⁰. In relazione alla salute e alla sua determinazione sociale, il capitale sociale gioca un ruolo fondamentale. Tornando al diagramma dei determinanti sociali (fig. 3), le reti sociali e comunitarie costituiscono il livello intermedio tra i fattori più prossimali e quelli più contestuali e strutturali, fungendo quindi da contesto relazionale che media l'andamento della salute di individui e comunità. Se la correlazione tra solo capitale sociale ed esiti in salute, ovvero una relazione inversamente proporzionale tra qualità delle relazioni sociali e

³⁰ Come riporta Minelli (2007), i principali autori di riferimento nell'ambito degli studi sul capitale sociale sono il politologo Robert Putnam, i sociologi James Coleman e Pierre Bourdieu. Il sociologo francese, in particolare, vede nel capitale sociale una risorsa fondamentale per la riproduzione delle relazioni di potere all'interno di una certa struttura sociale e lo definisce come «la somma delle risorse, attuali e virtuali, che fanno capo a un individuo o a un gruppo in quanto questo possiede una rete durevole di relazioni, conoscenze e reciproche riconoscenze più o meno istituzionalizzate, e cioè la somma di capitali e poteri che una simile rete permette di mobilitare» (Bourdieu, Wacquant 1992: 87).

incidenza di malattia, non è condivisa all'interno della più ampia comunità scientifica (Navarro in Minelli, 2007), è necessario ampliare lo sguardo ai fattori strutturali, come le dimensioni socio-politica ed economica e le relazioni, diseguali, di potere che le innervano (Nguyen, Peshard 2003) e che, in definitiva, incidono sul capitale sociale stesso. Accanto all'analisi della relazione tra questo costrutto e i determinanti sociali, si è sviluppato un altro filone di ricerche che situa la comprensione del capitale sociale nel quadro dell'azione comunitaria tesa allo sviluppo di comunità e alla partecipazione nell'ambito socio-sanitario (Minelli 2007). Alla luce di quanto trattato precedentemente, il rafforzamento dell'azione della comunità come strategia di promozione della salute attraverso un processo di *empowerment* comunitario risulta, quindi, di particolare importanza; a patto che uno sguardo verso "l'interno" della comunità, quindi attento alle capacità psico-sociali e alle condizioni di prossimità contestuale, si intrecci a uno verso "l'esterno", rivolto cioè alle trasformazioni sociali e politiche (Popay *et al.* 2021).

Per ciò che riguarda l'ambito della sanità pubblica, tra i modelli di lavoro comunitario più interessanti si distingue quello dell'accompagnamento, alla base dell'esperienza pluridecennale dell'organizzazione *Partners in Health (PIH)* fondata da Paul Farmer insieme ad altri colleghi e colleghe. L'origine di questo modello è ispirata dalla teologia della liberazione sviluppatasi nel Sud America, di cui uno dei principali ispiratori è il sacerdote e teologo peruviano Gustavo Gutiérrez, il quale formulò tra i principi cardine l'«opzione preferenziale per i poveri», indicando ciò che anche i profili epidemiologici ci suggeriscono: così come le malattie sembrano prediligere le persone più marginalizzate, anche la nostra attenzione e i nostri sforzi devono essere rivolti in via preferenziale a loro (Farmer 2013: 239). L'idea di fondo dell'organizzazione *PIH* era, ed è tutt'oggi, quella di coniugare una cura clinica di qualità, intesa come il diritto di ricevere una giusta diagnosi e una terapia adeguata, con un accompagnamento multidimensionale, considerato tanto «una posizione filosofica» quanto «un protocollo per la progettazione programmatica» (Palazuelos *et al.* 2018: 493). Accompagnare un soggetto nell'esperienza di malattia, intesa come *illness*³¹, implica lo sviluppo di una cura primariamente relazionale che si sostanzia in una presenza pratica e morale fatta di compassione, cura ed expertise (Kleinman 2024) e in un operare sul piano delle relazioni sociali in cui il soggetto è inserito. Le forme che tale *complex wraparound service* (Farmer 2013: 236) può assumere sono molteplici, a seconda del

³¹ Utilizzando questo termine, *illness*, l'obiettivo è quello di spostare l'attenzione sull'esperienza della sofferenza vissuta in prima persona dal soggetto coinvolto e dal suo ambiente socio-familiare. Tale categoria rientra nella suddivisione più ampia tra *disease*, *illness* e *sickness* formulata tra gli anni Settanta e Ottanta nel contesto dell'antropologia medica nordamericana.

contesto socio-culturale e della situazione individuale incontrata (orientamento ai servizi, trasporto materiale, supporto nel pagamento dell'affitto, ecc.). Ad un primo sguardo, tuttavia, l'impressione è quella che il - seppur encomiabile - supporto sociale sia finalizzato unicamente al trattamento di patologie concepite in termini biologici e individuali³²; la radicalità del modello dell'accompagnamento in un progetto di salute pubblica e cura comunitaria, ricorda però l'antropologo, è garantita dalla creazione di dispositivi utili a uno sviluppo di lungo periodo della comunità locale (la creazione di posti di lavoro in loco, ad esempio) e a un rafforzamento del controllo di questi dispositivi e dell'infrastruttura pubblica da parte delle istituzioni e comunità locali stesse (ivi: 241-44). Se l'orizzonte dell'impegno, dunque, è quello di agire sul piano dei processi di potere incarnati in diseguali distribuzioni di malattia e salute, il punto di partenza si situa nella posizione di prossimità tra "accompagnatore" e "accompagnato". La condivisione e l'immersione in uno spazio fisico e interpersonale rappresenta, infatti, la condizione imprescindibile per agire l'accompagnamento. Riprendendo le parole pronunciate da un altro studioso e teologo fonte di ispirazione per Farmer,

come società, siamo felici di aiutare e servire i poveri, purché non dobbiamo camminare con loro dove loro camminano, cioè finché possiamo fornire loro assistenza dai nostri recinti sicuri. I poveri possono così rimanere oggetti passivi delle nostre azioni, piuttosto che amici, *compañeros* e *compañeras*, con cui interagire. Finché possiamo essere sicuri di non dover vivere con loro, e quindi di non avere rapporti interpersonali con loro... cercheremo di aiutare "i poveri" - ma, ancora una volta, solo da una distanza geografica controllabile (Goizueta in Farmer 2013: 240, trad. mia).

1.3.2 - Prossimità

In linea con molti oggetti culturali, anche il termine prossimità fa riferimento a un concetto poliedrico affrontato in modi peculiari a seconda dei campi disciplinari e dei contesti locali,

³² Per le critiche alle implicazioni dell'approccio sostenuto da Farmer e praticato dall'organizzazione *PIH*, riguardanti principalmente la riproduzione del riduzionismo biomedico e i relativi effetti sul piano della cittadinanza e dei diritti, si vedano l'introduzione ad opera di Quaranta e il saggio di Nguyen nell'ottavo volume della rivista "Annuario di Antropologia" dedicato al tema della sofferenza sociale (2006).

Per approfondire l'impatto dell'approccio dell'accompagnamento in relazione al trattamento di alcune patologie specifiche (tubercolosi, HIV), si vedano: Mitnick, Carole *et al.*, 2003, «Community-based Therapy for Multidrug-resistant Tuberculosis in Lima, Peru», *New England Journal of Medicine*, 348(2): 119–22; Farmer, Paul *et al.*, 2001, «Community-based Approaches to HIV Treatment in Resource-poor Settings», *The Lancet*, 358: 404–409.

ma esplorato in modo approfondito in tempi più recenti rispetto ai concetti precedentemente affrontati. È un termine comune, ampiamente diffuso, con cui generalmente ci si riferisce a una condizione di vicinanza fisica nello spazio, ma può indicare «anche un sentimento derivante dalla consapevolezza di condividere qualcosa con qualcuno» (Manzini 2021: 9). Come veicolato anche dall'approccio dell'accompagnamento trattato nel paragrafo precedente, essere prossimo/a ad un'altra persona può evocare una dimensione geografica ed una emotiva o relazionale, due sfaccettature che spesso sono considerate in modo integrato nell'analisi di vari temi sociali, politici ed economici³³. Nel corso del tempo la prossimità si è qualificata come valore guida in diverse visioni del mondo e forme organizzative di attività sociali ed economiche. Queste si riferiscono alla prossimità in prima battuta in termini geografici, nel senso di “immersione territoriale”, per sviluppare, di fatto, circoli relazionali più efficaci, più produttivi o più rispettosi (si pensi, ad esempio, a sistemi alimentari locali, esperienze di economie circolari o forme partecipative di governance locale) (Torre, Gallaud 2022). L'aurea di positività che avvolge questo concetto ha contribuito a uno sviluppo “tardivo” dell'attenzione anche da parte della comunità scientifica³⁴; la prossimità come oggetto specifico di analisi si è affermata, quindi, solo nel corso degli anni Novanta come un campo di studi frammentato tra molteplici ambiti (soprattutto economico, geografico e ambientale), nonché tra diversi contesti europei. Tale eterogeneità ha portato a un proliferare di prossimità plurali e specifiche, inizialmente esplorate soprattutto nell'area della geografia economica (Balland *et al.* 2022). Tra gli approcci di maggiore successo nello studio di questo tema si situa la categorizzazione proposta dal geografo Ron Boschma³⁵, che, insieme ad altri studiosi olandesi, individua cinque tipi di prossimità relativi principalmente a delle dimensioni non spaziali del concetto, quali: la prossimità cognitiva, riferita all'accesso e alla condivisione di conoscenze e competenze; la prossimità organizzativa, relativa alla capacità di un'organizzazione di stimolare le interazioni al suo interno e lo scambio con altre organizzazioni, innanzitutto al fine di rendere possibile la trasmissione di informazioni; la prossimità sociale, intesa come l'insieme di legami interpersonali (come parentela, amicizia, condivisione di esperienze passate) esistenti all'interno di qualsiasi micro-contesto sociale; la

³³ Altri ambiti di studio, come quello delle migrazioni transnazionali o della sfera digitale, spingono, invece, a una scorporazione tra queste due principali dimensioni della prossimità.

³⁴ Tra i principali precursori degli studi sulla prossimità, l'antropologo Edward Hall che negli anni Sessanta formulò l'analisi della prossemica dedicata allo studio della percezione e dell'organizzazione dello spazio interpersonale e derivata proprio dal termine “prossimità”.

³⁵ A distanza di vent'anni dalla sua pubblicazione, *Proximity and Innovation: A Critical Assessment* di Ron Boschma (2005) risulta l'articolo maggiormente citato della rivista *Regional Studies*. Le ragioni del successo della classificazione proposta dall'autore, secondo Torre e Gallaud (2022), risiedono nella definizione operativa delle varie declinazioni da cui deriva anche una maggiore verificabilità dei concetti.

prossimità istituzionale, inerente l'adesione a una serie di norme, regolamenti, pratiche proprio del macro-contesto culturale e politico; e, infine, quella geografica, concepita come il tipo di prossimità limitata alla distanza fisica tra attori economici (Boschma 2005). Queste categorie hanno goduto di un'ampia risonanza, specialmente all'inizio degli anni Duemila, negli studi all'intersezione tra economia e geografia, come quello sull'innovazione in ambito produttivo (Torre, Gallaud 2022). Altri ricercatori e ricercatrici, invece, hanno proposto di ridurre e sintetizzare le molteplici dimensioni di questo costrutto, come nel caso della Scuola Francese della Prossimità, un gruppo di ricerca di economisti/e e scienziati/e sociali nato negli anni Novanta e tuttora attivo. Secondo questa prospettiva esistono principalmente due categorie, quali la prossimità geografica e quella organizzata, distinte ma in parte interdipendenti (*ibidem*). Per prossimità geografica si intende essenzialmente la distanza tra due o più entità da considerare in termini relativi, ad esempio a seconda delle caratteristiche morfologiche dello spazio analizzato, delle infrastrutture di trasporto disponibili e delle risorse finanziarie degli individui che le utilizzano; più che una sua definizione oggettiva, ciò che è maggiormente interessante, secondo gli autori e le autrici di questa prospettiva, sono le percezioni e il modo d'uso della prossimità geografica da parte degli attori sociali coinvolti (ivi: 22-23). La prossimità organizzata, distinta da quella organizzativa in quanto ambisce ad ampliare i contesti di analisi oltre quelli delle organizzazioni di ambito economico-produttivo (ivi: 17), si riferisce ai diversi modi sviluppati dagli attori sociali di essere vicini tra loro, per cui l'attenzione è rivolta al tipo di prossimità sociale che si instaura a partire dalla frequenza delle interazioni o dalla condivisione di certe rappresentazioni, conoscenze e credenze (ivi: 24). Come puntualizzato nel volume dedicato alle relazioni di prossimità da parte di alcuni/e esponenti della Scuola Francese, trent'anni di confronti e sviluppi su questo tema hanno prodotto alcuni importanti nodi teorici, tra cui: la prossimità geografica da sola non può spiegare lo sviluppo di relazioni sociali ed economiche, poiché, se da una parte è indubbio che possa facilitare la trasmissione di conoscenze, di per sé non spiega i meccanismi alla base di tale processo (ivi: 25); le interazioni devono essere al centro dell'analisi della prossimità, in quanto questa include dimensioni culturali, cognitive ed emotive che contribuiscono alla creazione di un background valoriale ed esperienziale al centro del processo di identificazione con gli altri (ivi: 25-26); dato che le interazioni devono essere organizzate per poter sfruttare i benefici derivanti dall'essere in prossimità, il coordinamento tra attori assume un ruolo chiave e può svilupparsi in diverse forme, come la cooperazione, la fiducia e il conflitto (ivi: 26); oltre ad avere degli evidenti vantaggi, la prossimità può presentare anche degli effetti negativi, ad esempio l'inquinamento dell'aria derivante dalla concentrazione

spaziale di più industrie, che portano a una prossimità indesiderata (ivi: 28); infine, la variabile temporale deve essere compresa nell'analisi della prossimità geografica, la quale può essere permanente o temporanea, in base anche alle modalità d'uso e all'incidenza delle tecnologie digitali nello sviluppo delle relazioni tra i soggetti (ivi: 29).

L'analisi della prossimità e delle sue declinazioni in contesti cittadini è considerata uno degli ambiti di approfondimento prioritari per il futuro prossimo da parte di studiosi e studiose di varie discipline. Distanziandosi da un'ottica classificatoria e analizzando più da vicino i significati e le pratiche socio-politiche associate al termine prossimità, nel contesto spagnolo il filone di ricerca sull'integrazione tra città e prossimità è stato approfondito soprattutto in relazione ai processi di governance urbana, e vede tra i suoi principali esponenti lo scienziato politico Joan Subirats. Quest'ultimo sostiene il municipalismo come prospettiva prioritaria del governo del locale, ovvero la sfera più prossima alla vita quotidiana dei cittadini e delle cittadine, in cui la prossimità stessa diviene potere di individuare e costruire collettivamente delle risposte all'altezza delle problematiche vissute quotidianamente dalle persone nei contesti urbani (Subirats 2016). Come esplorato dall'autore, l'esigenza di modernizzare le amministrazioni pubbliche è stata guidata dall'imperativo della crescita economica, che spesso si è imposto sulla pianificazione territoriale e su uno sviluppo dei servizi per la popolazione adeguato all'evoluzione dei loro bisogni. La logica di funzionamento dello Stato-mercato è caratterizzata dunque da una predeterminazione dei fini, quale lo sviluppo economico, e da una ricerca dei mezzi utili a un loro raggiungimento, come l'ampliamento massiccio e cementificato delle città, a cui, però, si è accompagnata anche una crescente sfiducia nei confronti della politica istituzionale. In questo scenario, la società civile, composta da una rete di attori non istituzionali come associazioni di quartiere, fondazioni, gruppi informali di cittadini/e, si è riaffermata come soggetto collettivo e multiforme che tende ad agire per il bene comune e pubblico. Secondo Subirats, questa rete deve essere compresa all'interno di un quadro di democratizzazione dei processi decisionali e di governo del locale, al fine anche di riuscire a rispondere alle grandi sfide del XXI secolo, come l'invecchiamento della popolazione urbana e la crisi ambientale. La difesa del municipalismo si basa quindi su una vera e propria «politica della prossimità» (*ibidem*), che vede nella spazialità una delle sue dimensioni essenziali. Senza cadere nella “trappola del locale” spesso veicolata dall'esaltazione della città come ambiente naturalmente dedito alla collaborazione e al progresso, lo spazio urbano rappresenta un terreno potenzialmente fertile per l'intensificazione e il divenire sociale degli intrecci tra individui, luoghi e contesti, seppur oggi questi siano vissuti in termini principalmente individuali:

Mentre le nostre vite sono infinitamente intrecciate con altri, altri luoghi, altre persone, altre ecologie, la nostra esperienza di questo intreccio è prevalentemente antisociale. L'ipotesi municipalista radicale lavora con la prospettiva che questa compenetrazione sia tipicamente più intensa all'interno degli spazi urbani, che agiscono come “cerniere”, “nodi” o “giunture” che mediano tra scale e livelli, tra struttura e agency, movimenti storici e contingenze congiunturali, forze globali e particolarità locali (Roth *et al.* 2023: 2015, trad. mia)³⁶.

In questo senso, quindi, la prossimità non può essere data per scontata, ma va coltivata per consolidare la coerenza tra la dimensione spaziale e quella relazionale, al fine di ri-farne la base di un processo democratico.

L'intreccio tra prossimità, relazioni e partecipazione è al centro anche del dibattito italiano sulle evoluzioni del welfare. Nonostante la prossimità sia definita un «fenomeno ancora magmatico ed emergente» (Bongiovanni, Andorlini 2023: 109), le azioni di prossimità non rappresentano più una componente marginale del welfare italiano (Marocchi 2017), o meglio dei molteplici welfare locali che si articolano in questo contesto nazionale. Affinché queste siano delle strategie per rendere più effettivi i diritti, è tuttavia necessario un nuovo e integrato corpus di servizi, categorie di intervento, professionalità, norme ed equilibri di governance (*ibidem*). In linea con i discorsi e le pratiche pubbliche, negli ultimi anni anche nella letteratura scientifica si è affermato il riferimento al “welfare di prossimità” (Messia, Venturelli 2015, Marocchi 2017, Bongiovanni, Andorlini 2023), che si distingue, seppur all'interno di un *continuum*, da un welfare più “istituzionale”, dove l'aggettivo istituzionale fa riferimento principalmente a una modalità di interazione e relazione di stampo assistenzialistico mossa dalla compassione. Di conseguenza, questa differenziazione aiuta a inquadrare l'essenza del welfare di prossimità, ovvero la valorizzazione delle risorse e delle responsabilità individuali e comunitarie già esistenti o latenti all'interno di un certo territorio. Il territorio, inteso come l'insieme ecologico e sociale in cui si sviluppa l'esperienza di vita quotidiana dei suoi abitanti, rappresenta contemporaneamente il destinatario e il protagonista degli interventi di prossimità (Marocchi 2017: 9). La prossimità tesa alla produzione del benessere di soggetti singoli e collettivi è quindi fundamentalmente composta dall'intreccio

³⁶ Con municipalismo “radicale”, le autrici e gli autori si riferiscono alle nuove forme di municipalismo che propongono un approccio strategico al cambiamento sistemico. Per approfondire il quadro teorico-pratico di questo ambito di analisi e alcuni tra i diversi campi locali di sperimentazione del municipalismo si consiglia la lettura dei vari contributi al numero speciale *Municipalist Strategy in Crisis?* della rivista *Urban Studies* curato da Roth, Russel e Thompson (2023).

tra le dimensioni spaziale, relazionale e politica. A partire dalle ricerche promosse dall'Osservatorio nazionale sulla Prossimità³⁷, Bongiovanni e Andorlini (2023: 109) la definiscono come un modello di intervento basato sulla

propensione e capacità, da parte di persone che appartengono ad una comunità definita territorialmente o su altre basi, di agire collettivamente per obiettivi condivisi di benessere – sia rispondendo a bisogni più o meno fondamentali, sia ad aspirazioni di miglioramento della qualità della vita – con forme di attivazione che comprendono l'impegno in prima persona e che dunque non si identificano nella sola advocacy presso le istituzioni; e che, così facendo, costruiscono e sviluppano un capitale di relazioni che diventa presupposto per azioni ulteriori.

Tale definizione “provvisoria”, come indicato con cautela dall'autore e dall'autrice data la continua evoluzione del fenomeno, indica e in parte ribadisce alcuni punti importanti: che il territorio risulta fondamentale nel momento in cui rappresenta un fattore centrale nell'esistenza della comunità, per cui nel caso delle collettività territoriali vale quanto affermato precedentemente (il territorio come protagonista e destinatario), mentre per le comunità di interesse non costituisce necessariamente una variabile essenziale; che l'esercizio della prossimità è potenzialmente generativo, in quanto rappresenta un investimento nel capitale sociale di una comunità da cui si possono generare ulteriori sviluppi, diversamente quindi da un'accezione più limitata dell'aggettivo “generativo” che accompagna altri modelli di welfare in cui l'individuo che riceve un sussidio economico è chiamato a restituire l'aiuto attraverso attività volontarie per la comunità³⁸; che insieme al territorio, il soggetto principe è la comunità che si “attiva”, seppur questa entità non sia da considerarsi in termini aprioristici come entità data, ma si costruisca processualmente. Proprio la comunità, insieme ad altri termini, costituisce un retroterra concettuale e culturale per pensare la prossimità nella cornice del welfare. Tra gli altri concetti chiave troviamo: l'appartenenza a un orizzonte comune, oltre quello individuale, che costituisce un processo centrale nella definizione della comunità (Messia, Venturelli 2015); la vicinanza relazionale, che rappresenta sì una

³⁷ L'Osservatorio sulla Prossimità, curato da Laura Bongiovanni e Carlo Andorlini, è nato nell'ambito della Biennale della Prossimità, un progetto culturale collettivo composto da una rete di soggetti e organizzazioni attivi nell'ambito della prossimità in diversi contesti italiani. Ad oggi sono state realizzate cinque edizioni, di cui la prima nel 2015. Per approfondimenti si vedano i siti dedicati: <https://www.biennaleprossimita.it/> e <https://www.biennaleprossimita.it/osservatorio-della-prossimita/> (ultimo accesso 2.07.2025).

³⁸ Il riferimento qui è al welfare generativo proposto dalla Fondazione Zancan. Per approfondimenti si veda: Fondazione Emanuela Zancan, 2014, *Welfare generativo. Responsabilizzare, rendere, rigenerare. La lotta alla povertà. Rapporto 2014*, Bologna, Il Mulino.

dimensione fondamentale della prossimità ma deve essere tesa a un percorso di attivazione delle persone (Bongiovanni, Andorlini 2023); il coinvolgimento diretto delle persone direttamente interessate dal fenomeno a cui si vuole rispondere adottando una strategia di prossimità (*ibidem*), da sviluppare in un'ottica di *empowerment* del singolo e della collettività (Messia, Venturelli 2015); l'equità, da non confondere con l'uguaglianza (*ibidem*). La prossimità, così intesa, si situa quindi a pieno titolo all'interno della cornice della promozione della salute e del contrasto alle disuguaglianze attraverso un'azione comunitaria radicata nei contesti di vita delle persone. È necessario, inoltre, guardare alla prossimità come alla “capacità di agire collettivamente” in modo integrato al contesto socio-politico attuale, considerato il paradosso della prossimità che caratterizza molti contesti urbani (nelle città le persone sono sempre più concentrate spazialmente, quindi vicine, ma anche sempre più sole) e l'influenza delle condizioni di marginalizzazione nella determinazione della propria capacità di agire (e della propria salute). In definitiva, un approccio, un'iniziativa o un modello di prossimità richiedono la coltivazione di questa capacità, che si sviluppa nell'interdipendenza tra i caratteri spaziali, relazionali e politici che la sostanziano.

Ampliando lo sguardo agli altri livelli che, insieme a quello promozionale, compongono il *continuum* della salute (quindi i livelli preventivo, curativo ed educativo), si conferma la centralità del legame tra prossimità e salute, sia che lo si guardi mediante la lente della cura sia che lo si osservi attraverso l'evoluzione dei servizi socio-sanitari nel contesto italiano. Similmente ad altri termini (come salute, comunità, capitale sociale), anche quello di cura rappresenta un concetto polisemico declinato in modi eterogenei a seconda del campo disciplinare e del tema trattato (Scaglioni, Diodati 2023). Alcune distinzioni hanno permesso di costruire un quadro concettuale più preciso su una condizione tanto determinante per l'esistenza e l'agire di ogni essere umano, quanto trascurata nella sua comprensione e valorizzazione (Kleinman 2015, The Care Collective 2021). Non solo, quindi, la distinzione tra *cure* e *care*, che ci invita ad andare oltre le procedure terapeutiche per considerare l'insieme delle relazioni di interdipendenza entro cui si sviluppano le condizioni di vita e la capacità di agire di ciascuno/a (Quaranta *et al.* 2018), ma anche quella tra i vari aspetti che compongono lo stesso concetto di *care*. Tra le pioniere di questo ambito di studi, la teorica politica e femminista Joan Tronto³⁹ ha contribuito a distinguere tra la dimensione concreta e

³⁹ Insieme a Berenice Fisher, nel 1990 Tronto ha proposto una definizione ampia di cura che ancora oggi rappresenta un valido riferimento in diversi settori, come quello accademico e quello dell'attivismo sociale e politico, seppur sia stato in parte criticato per la sua accezione troppo spiccatamente morale e successivamente riformulato. Per approfondimenti, si veda l'introduzione di Scaglioni e Diodati (2023) e la proposta di The Care Collective (2021).

materiale del prendersi cura (*caring for*), quella emotiva del coinvolgimento che si produce quando ci si sente responsabili per un altro essere vivente (*caring about*) e quella politica relativa alla mobilitazione tesa alla trasformazione del mondo in cui viviamo (*caring with*) (Tronto 2013). Se la cura rappresenta «la nostra abilità, individuale e collettiva, di porre le condizioni politiche, sociali, materiali ed emotive affinché la maggior parte delle persone e creature viventi del pianeta possa prosperare insieme al pianeta stesso» (The Care Collective 2021: 21), è necessario comprendere la cura su più livelli interconnessi, da quello *micro* nelle relazioni di prossimità, passando a quello *meso* delle infrastrutture della cura, e infine a quello *macro* delle politiche translocali (ivi: 35-36). Cura e prossimità, quindi, si intersecano profondamente sia nel modo in cui qui sono intese (come capacità di agire), sia per l'attenzione multiscalare richiesta per comprenderle e implementarle. Come accennato, in relazione al livello più *micro*, la prossimità emerge come variabile essenziale e dialettica in ogni ambito di cura (privato e pubblico, informale e professionale, ma anche umano e animale), dal momento in cui questa si riferisce a una pratica relazionale dell'attenzione basata «sulla consapevolezza dell'impossibilità di separare nel gesto l'aspetto tecnico da quello simbolico ed emozionale, su una comunicazione corporea e sulla dimensione emozionale e politica che questa relazione comporta» (Pizza 2008: 229). L'esperienza incorporata della cura si qualifica quindi come uno scambio relazionale che può assumere varie forme, ad esempio presenza, tempo o competenza professionale (Kleinman 2015), accomunate da una profonda attenzione verso l'altro/a e il suo contesto di vita e dalla dipendenza dal contesto sociale, politico, economico e culturale in cui si esercita. Relativamente al contesto italiano e più precisamente all'ambito sanitario e socio-sanitario, il Servizio Sanitario Nazionale, fin dalla sua istituzione, è stato maggiormente votato a un'impostazione ospedalocentrica e prestazionale che, nel corso del tempo, ha guadagnato ulteriore peso, a detrimento della medicina territoriale e di iniziativa (Maciocco 2019). Principalmente declinata nel rapporto tra i medici e le mediche di medicina generale e la popolazione locale assistita (Betti *et al.* 2022), la prossimità si è sviluppata in termini prettamente geografici, con un indebolimento progressivo della sua dimensione relazionale (CSI 2022). Tale indebolimento è stato e, negli ultimi anni ancor di più, è al centro dei numerosi dibattiti sul futuro della sanità e sul diritto a un'assistenza pubblica di qualità (Napier *et al.* 2014, Maciocco 2019, Brambilla, Maciocco 2022). Nell'ambito sociale, invece, il riferimento alla prossimità ha avuto un maggior radicamento grazie alla più stretta interazione tra le amministrazioni politiche, il Terzo settore e la cittadinanza attiva, derivante, tra le varie motivazioni, anche dalla dipendenza dei servizi sociali dai bilanci degli enti locali

(Betti *et al.* 2022); tale aspetto, tuttavia, ha portato anche ad una certa frammentarietà dell'implementazione delle politiche nazionali a seconda dei contesti sociali, culturali ed economici (*ibidem*). Per evitare un aumento ulteriore della disorganicità e delle disuguaglianze tra “le varie Italie”, più osservatori e osservatrici sostengono l'esigenza di un rafforzamento delle funzioni di regia e coordinamento da parte delle istituzioni pubbliche nello sviluppo del protagonismo dei territori e delle relative comunità (Bifulco 2016, Marrocchi 2017, Betti *et al.* 2022). Ciò che la spinta alle azioni *di* prossimità sottende è l'adozione di un sistema integrato e pubblico *per* la prossimità, quindi di una visione e di un'impalcatura che sappiano sostenere adeguatamente, dal punto di vista normativo, amministrativo, economico e politico, l'esercizio di questa “capacità”. All'interno di questa cornice si situano, quindi, i molteplici e sempre più ricorrenti riferimenti alla «città della prossimità» (Manzini 2021), alla «città che cura» (Gallio, Cogliati Dezza 2018) e alla «città dei quindici minuti»⁴⁰ (Zanella 2022).

Alla luce delle variegata sfumature e tensioni che l'associazione tra prossimità, salute e comunità porta con sé, lo sforzo, condensato nelle prossime pagine, è quello di indagare cosa si celi “dietro” e “dentro” il ricorso a questo concetto, quindi la molteplicità dei significati e delle pratiche ad esso associati. In un'epoca di forti trasformazioni globali che intrecciano in svariate forme, più o meno drammatiche (sindemia, guerre, crisi ecologica, digitalizzazione), le nostre esistenze quotidiane, la parola prossimità ricorre sempre più spesso e, forse, *rincorre* un futuro collettivo desiderabile. Se l'evocazione di questa parola sembra svolgere una funzione sociale di protezione, come se fosse un valore in cui rifugiarsi e una garanzia di relazioni di qualità, allo stesso tempo sfugge un'immediata comprensione del suo significato preciso. Come si chiedono André Torre e Delphine Gallaud in apertura al volume da loro curato (2022:1), «il ventunesimo secolo sarà l'era della prossimità?».

In un'epoca di grandi cambiamenti, crisi brutali e minacce ancora più gravi all'attività umana e alla sua sostenibilità, la nozione di prossimità sta emergendo come un valore di rifugio, che favorisce la permanenza delle relazioni umane e dei legami delle persone con i loro territori, una garanzia di qualità e fluidità delle relazioni, di fiducia e di valori condivisi, nonché di radicamento nelle culture locali e nelle comunità di appartenenza (trad. mia).

⁴⁰ Con l'espressione “città dei quindici minuti” si fa riferimento a un contesto urbano in cui i servizi e le attività essenziali allo svolgimento della vita quotidiana sono vicine e accessibili dai cittadini e dalle cittadine in poco tempo, al fine di armonizzare la variabile spaziale e quella temporale. Uno dei principali teorici di questa proposta è l'urbanista Carlos Moreno. Per approfondimenti si veda: Moreno, Carlos, 2024, *La città dei quindici minuti. Per una cultura urbana democratica*, Add Editore.

Capitolo 2 - Partire dall'esistente: attori e processi di coltivazione di comunità

2.1 - Introduzione al capitolo

Come abbiamo visto nel primo capitolo, il lavoro di e con le comunità rappresenta un ambito centrale nel processo di promozione della salute. Negli anni di impegno e osservazione delle esperienze che si fondano sull'adozione di un approccio comunitario territoriale, più volte ho pensato a questo tipo di lavoro nei termini di un lavoro di coltivazione, paziente e (più o meno) tenace. Se più frequentemente la costruzione di relazioni viene associata all'attività di intreccio e tessitura di fili, per quella del lavoro di comunità il riferimento ai processi di coltivazione e crescita (di un orto, un giardino, un terreno...) appare particolarmente calzante. L'associazione è stata "nutrita" da più fonti: non solo osservazioni ed esperienze dirette, ma anche esclamazioni raccolte dai miei interlocutori e interlocutrici, o ancora da figure retoriche e rappresentazioni grafiche riguardanti questo argomento elaborate da alcuni/e autori/trici e attivisti/e. In occasione di un'intervista, Raffaella, un'operatrice di prossimità, a proposito della fatica di dover portare avanti dei legami con alcuni cittadini che a suo parere «non stavano girando», utilizzò le parole «rinverdire le relazioni». Con questa espressione l'operatrice auspicava l'individuazione di meccanismi attraverso cui rendere nuovamente verdi, quindi prosperi e vitali, dei legami sociali che, invece, non stavano più crescendo, nonostante il costante lavoro messo in atto. Oltre che da pazienza e costanza, questo lavoro appare caratterizzato da una continua osservazione e riflessione su ciò che attorno a sé si sviluppa. In un breve articolo di venticinque anni fa, per parlare dei livelli di razzismo esistenti e dei relativi effetti sulla salute, la medica e attivista Camara Jones (2000) propose un'allegoria riguardante la crescita di due tipi di fiori in due vasi distinti. Si tratta di un'immagine molto efficace: due vasi tenuti separati, il primo già contenente della terra in cui vengono piantati i semi di fiori non particolarmente apprezzati dal giardiniere; il secondo, vuoto, che viene riempito di nuovo terriccio fertile e in cui vengono sistemati i semi di fiori molto più graditi. Le scelte di tenere i due vasi separati, di utilizzare due tipi di terreno senza mescolarli o senza arricchire quello più datato, di preferire alcuni fiori rispetto ad altri, racconta Jones, sono tutti esempi di fattori strutturali che concorrono a produrre il razzismo istituzionalizzato, a cui si legano quello mediato interpersonalmente e quello internalizzato⁴¹

⁴¹ Il razzismo mediato interpersonalmente, spiega Jones attraverso l'allegoria, è quello messo in atto dal giardiniere nel momento in cui disdegna i fiori meno preferiti e li toglie prima che possano fiorire; quello

(*ibidem*). Se il terreno, o contesto, è centrale per la crescita di tutti i tipi di fiori, e quindi per la prosperità di tutte le persone, il lavoro di dissodamento, arricchimento e innaffiatura richiede un alto livello di osservazione e riflessione. Chi svolge questo lavoro? Chi è o chi può diventare il giardiniere o la giardiniera? «Dopo tutto, il giardiniere è colui che ha il potere di decidere, il potere di agire e il controllo sulle risorse» (ivi: 1214). Se, come afferma l'autrice, chi detiene questo potere è generalmente il governo statale, il lavoro di giardinaggio o coltivazione può però riguardare anche altri soggetti. Agire sul contesto di vita delle persone può significare, dunque, anche rafforzare quel processo di controllo delle risorse da parte delle comunità in cui si dipanano le condizioni delle loro stesse esistenze. Prendendo spunto proprio dalle produttive suggestioni lanciate da Camara Jones, un'organizzazione non governativa statunitense, The Praxis Project, ha elaborato una rappresentazione visiva della determinazione sociale della salute incentrata sull'immagine dell'albero⁴² (fig. 4), che contribuisce a veicolare quei caratteri di dinamicità e processualità carenti in altre e ben più famose raffigurazioni⁴³.



Fig. 4. Il Praxis' *Social Determinants of Health Equity* framework elaborato dall'ONG The Praxis Project.

internalizzato, invece, si ha quando il fiore meno preferito invita l'ape a non prendere il suo polline, bensì quello dei fiori preferiti dal giardiniere, condividendo la credenza che il polline "altrui" sia migliore.

⁴² Per approfondimenti, si veda il sito dedicato: <https://www.thepraxisproject.org/social-determinants-of-health> (ultimo accesso 18.08.2025).

⁴³ Il riferimento qui è al "diagramma dell'arcobaleno" (fig. 3) descritto nel primo capitolo.

All'interno di una prospettiva orientata all'equità e alla giustizia sociale, uno degli approcci attraverso cui trasformare il contesto esistente e creare un nuovo e salutare terreno è proprio il lavoro di organizzazione della comunità: con questo "badile", unito ad altri (come l'advocacy o l'educazione popolare), è necessario lavorare il terreno affinché i sistemi di oppressione e ingiustizia vengano estirpati e possano svilupparsi nuove radici, quindi nuove ed eque condizioni sociali, da cui possano prosperare tronchi, quindi comunità in, e frutti, cioè esiti di, salute. In questo caso siamo ben lontani e lontane dalla figura, individuata da James Scott (2019), del giardiniere impegnato nella produzione di sistemi ultra-moderni e ultra-normati attraverso l'assoggettamento delle forme di vita esistenti. Non si tratta, dunque, di rappresentazioni vegetali contraddistinte da file ordinate e regolari di alberi tutti uguali, quindi leggibili e facilmente controllabili, piuttosto di giardini in cui domina la «folia vegetale», con le sue «forme complesse e caotiche della profusione organica e della creatività improvvisata» (Halberstam 2022: 20-21).

Come si leggerà più avanti, anche nell'esperienza di chi opera nei territori per la salute delle persone, le comunità sono altamente variabili e in continuo divenire, e uno dei tratti essenziali del lavoro di stampo comunitario è proprio quello di osservare, inizialmente e ciclicamente, strutture, forme e dinamiche specifiche del contesto sociale in cui si è chiamati e chiamate ad operare. Al di là della figura peculiare identificata, chi impugna i badili può essere o meno un soggetto professionista e può iniziare questo lavoro su indicazione di un ente istituzionale o su propria iniziativa. Ciò che idealmente contraddistingue un coltivatore o una coltivatrice di comunità è, in particolare, l'impegno ad ampliare la platea di attori impegnati nel lavoro di ricostituzione del terreno: se all'inizio i badili sono maneggiati soprattutto da chi è "titolato" a farlo, cioè professionisti e professioniste, la prospettiva è quella che siano soprattutto i membri di quella comunità ad essere attivi in questo ambito ideativo e operativo. Dietro a immaginari ideali, tuttavia, si snodano esperienze articolate, a tratti ambivalenti e contraddittorie, che possono fornire elementi utili a una comprensione più sfaccettata del lavoro di comunità che è giocoforza di prossimità. In linea con la costruzione di una visione incarnata e non scontata della prossimità, lo sguardo multifocale e multiscalare richiesto dall'analisi di concetti così popolari (Gallotti, Tarabusi 2024) si sofferma sui lavoratori e sulle lavoratrici del welfare locale, dipendenti di varie istituzioni e organizzazioni, ma accomunati/e da settori lavorativi affini. Quali pratiche e rappresentazioni contraddistinguono il loro lavoro quotidiano? Quali sono i processi di identificazione e appartenenza che sviluppano nel tempo? Quali dilemmi affrontano? In che modi costruiscono un rapporto di

fiducia con le comunità, specialmente quelle più svantaggiate? Ma anche, quali strutture organizzative sostengono un lavoro, come quello di comunità, che sembra andare in una direzione contraria a quella individualista, ben più diffusa? Queste sono alcune delle domande che hanno guidato le interazioni con quell'insieme eterogeneo di “giardinieri e giardiniere” impegnati/e in vesti operative e/o di coordinamento nella realizzazione di attività comunitarie volte a migliorare il benessere di alcune popolazioni territoriali.

Gli attori su cui sono incentrate le prossime pagine sono chiamati, principalmente o esclusivamente, a pensare e agire la prossimità nell'ambito comunitario territoriale, senza distinzioni tra categorie o fasce della popolazione a cui si rivolgono. Questo significa che, nel corso di questa ricerca, non sono state intercettate altre rilevanti figure di prossimità, come gli educatori di strada, che svolgono il proprio lavoro nella prossimità unicamente con categorie ben circoscritte della popolazione (come le persone senza fissa dimora), o che lavorano in comunità chiuse e non definite territorialmente (come le strutture residenziali); in questa ricerca, inoltre, non rientrano esperienze comunitarie sviluppate dai singoli servizi sociali territoriali o realizzate nelle Case di Quartiere⁴⁴.

Non rappresentando un settore omogeneo e facilmente riconoscibile, per incontrare questi attori ho cercato chi, nell'appellativo del proprio ruolo lavorativo, presentava i termini “prossimità” e/o “comunità”; inoltre, ho sfruttato la mia stessa prossimità a questo multiforme ambito. Ho individuato i vari operatori e operatrici di comunità a partire dalle persone già conosciute, cioè coloro che avevo incontrato precedentemente in altri contesti lavorativi, e attraverso l'effetto “palla di neve”, chiedendo cioè a queste figure i contatti di altri lavoratori e lavoratrici che secondo loro potevano rientrare nel campo del lavoro di prossimità e comunità.

Le prossime pagine sono dedicate quindi all'esplorazione dell'esperienza lavorativa di *community manager*, operatori e operatrici sociali di comunità, coordinatori e coordinatrici di servizi comunitari, mediatori e mediatrici sociali di comunità, infermieri/e di famiglia e comunità e agenti di prossimità. Queste figure si differenziano per molti aspetti, come l'ente di appartenenza, il tipo e la struttura del progetto o servizio, il tipo di formazione, le attività e, non ultimo, la prossimità su cui insistono (o dovrebbero insistere). In relazione a chi opera a diretto contatto con le comunità e nei territori (*community manager*, operatori e mediatori sociali di comunità), nel testo che segue verrà utilizzata la categoria generica di “operatrici

⁴⁴ Per approfondire le iniziative sviluppate dai vari servizi sociali territoriali in alcune zone specifiche della città di Bologna, si veda il report, precedentemente citato, del progetto di ricerca “L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna” (CSI 2022). Non ho ampliato la ricerca alle iniziative dei servizi sociali e delle Case di Quartiere innanzitutto per esigenze di sostenibilità della ricerca.

sociali di comunità” o, più brevemente, “operatrici”. La scelta di un’unica categoria e di coniugarla prettamente al femminile è dettata dal fine di tutelare maggiormente l’anonimato delle diverse figure. Il genere maggioritario è quello femminile, per cui anche per gli altri attori di prossimità ho scelto l’uso del femminile sovraesteso⁴⁵. Come vedremo, infatti, i vari progetti di comunità, così come chi li realizza, sono inquadrati e nominati in modi diversi, per cui fare esplicito riferimento alla “mediatrice sociale di comunità” o all’“operatrice del portierato” esporrebbe le singole lavoratrici a un elevato rischio di identificazione. Si tratta di un tema particolarmente delicato: in alcuni casi le interviste sono state raccolte senza l’uso del registratore, quindi riportate e rielaborate nel diario di campo, per paura, da parte di queste figure, di possibili ripercussioni.

Le operatrici preferiscono fare una chiacchierata a ruota libera sul progetto e sulle dimensioni per loro importanti, a partire dal tema della prossimità, senza registratore «perché qui diciamo cose per cui ci giochiamo il posto». In generale esplicitano di essere molto critiche verso tutto, anche la loro stessa cooperativa (diario di campo, 16 luglio 2024).

La maggior parte del materiale descritto e analizzato in questo capitolo è stato raccolto attraverso interviste in profondità rivolte alle figure precedentemente nominate. In totale sono state realizzate sedici interviste, arricchite da molteplici dialoghi informali, rielaborati nel diario di campo e sviluppatisi in incontri ad hoc o momenti di osservazione partecipante svolti in alcuni dei progetti individuati. La traccia delle interviste era incentrata in particolare sui seguenti nuclei tematici: la costruzione del ruolo, l’organizzazione del lavoro, le pratiche in particolare di relazione con e partecipazione della cittadinanza locale, la formazione e le esperienze pregresse, le criticità e i desideri percepiti. L’uso preponderante di dati raccolti tramite interviste semi-strutturate presenta dei punti di forza, così come di criticità: se da una parte il contesto dell’intervista ha spesso creato un ricco spazio di espressione delle rappresentazioni emiche dei soggetti intervistati e di dialogo sui temi esplorati, dall’altra una immersione prolungata nei campi quotidiani creati da queste lavoratrici avrebbe certamente permesso di cogliere maggiori sfaccettature e approfondire contraddizioni e potenzialità direttamente con i soggetti interessati. Gli spazi narrativi costruitisi nel corso della ricerca

⁴⁵ Le operatrici sociali di comunità intervistate sono metà di genere femminile e metà di genere maschile; nel caso delle infermiere di famiglia e comunità, le proporzioni tra genere maschile e genere femminile sono nettamente tendenti verso il secondo (6 infermiere su 7 si identificano nel genere femminile). In linea con l’esigenza descritta, anche i diari di campo sono stati modificati declinando al femminile il genere di queste figure.

sono stati caratterizzati da una decisa voglia di raccontarsi e da una particolare propensione a riflettere sul proprio lavoro da parte delle varie operatrici e infermiere; le interviste hanno avuto una durata media di un'ora e mezza, ma spesso questo tempo si è allungato, prima o dopo l'accensione del registratore, arrivando anche a una durata complessiva dell'incontro di due ore e mezza. Come già ampiamente ribadito (Portelli 2010, Natali 2024), l'intervista in profondità ha un carattere riflessivo e auto-riflessivo, in quanto rappresenta una fonte di informazioni tanto per la persona che intervista, la quale apprende delle informazioni sul tema indagato, quanto per quella che è intervistata, stimolata a ragionare su aspetti più o meno dati per scontati, nonché sulla relazione tra i soggetti e il contesto specifico dell'intervista. Più volte in queste occasioni anche io sono stata "interrogata" o sollecitata a esprimermi sulle mie conoscenze ed esperienze; sebbene questa dinamica non possa esaurire la disparità di potere comunque esistente nello spazio di un'intervista, e più ampiamente di una ricerca non sufficientemente partecipativa, la creazione di spazi di confronto inattesi permette di riconoscere e riconoscersi maggiormente come "partner dialogici", le cui voci sconfinano verso posizioni altre rispetto a quelle del solo intervistato e intervistatore.

Le pagine che seguono sono organizzate in tre sezioni analitico-descrittive principali: la prima parte è dedicata alla presentazione e contestualizzazione delle diverse esperienze rintracciate (servizi, progetti, singole figure) e alla difficile individuazione dei principali elementi di differenziazione e trasversalità a partire dalle condizioni sociali in cui queste esperienze si sviluppano; la seconda parte si addentra nell'esplorazione delle pratiche e dei processi che qualificano il lavoro di comunità; infine, la terza parte è riferita ai percorsi formativi, passati, presenti e, potenzialmente, futuri di chi svolge questo lavoro sul campo.

2.2 - Cercando di unire i punti: un esercizio movimentato

Come già accennato, nella città di Bologna il campo del lavoro di prossimità e comunità è frastagliato, si snoda tra diversi enti pubblico-privati e può assumere diverse sembianze, come quelle di un progetto sperimentale, un servizio, o un'innovazione istituzionale.

Per quanto riguarda i servizi socio-sanitari territoriali di matrice pubblica, quello di infermieristica di famiglia e comunità si è delineato come quello potenzialmente più interessante e in linea con gli obiettivi della ricerca. Implementato nel corso del 2022 dall'Azienda USL di Bologna su indicazione del DM 77/2022, questo servizio è realizzato

quotidianamente nel territorio del Distretto Città di Bologna⁴⁶ da sette Infermiere di Famiglia e Comunità (d'ora in poi indicate anche con il termine “infermiere” o con l'acronimo “IFeC”), attive a tempo pieno; di queste, due svolgono il proprio lavoro rispettivamente in due zone di poche migliaia di abitanti dove è attivo il servizio di Microarea⁴⁷, mentre cinque hanno come unità territoriale di riferimento uno o più quartieri della città, ciascuno dei quali raccoglie tra le 60.000 e le 69.000 persone residenti⁴⁸ (fig. 5).

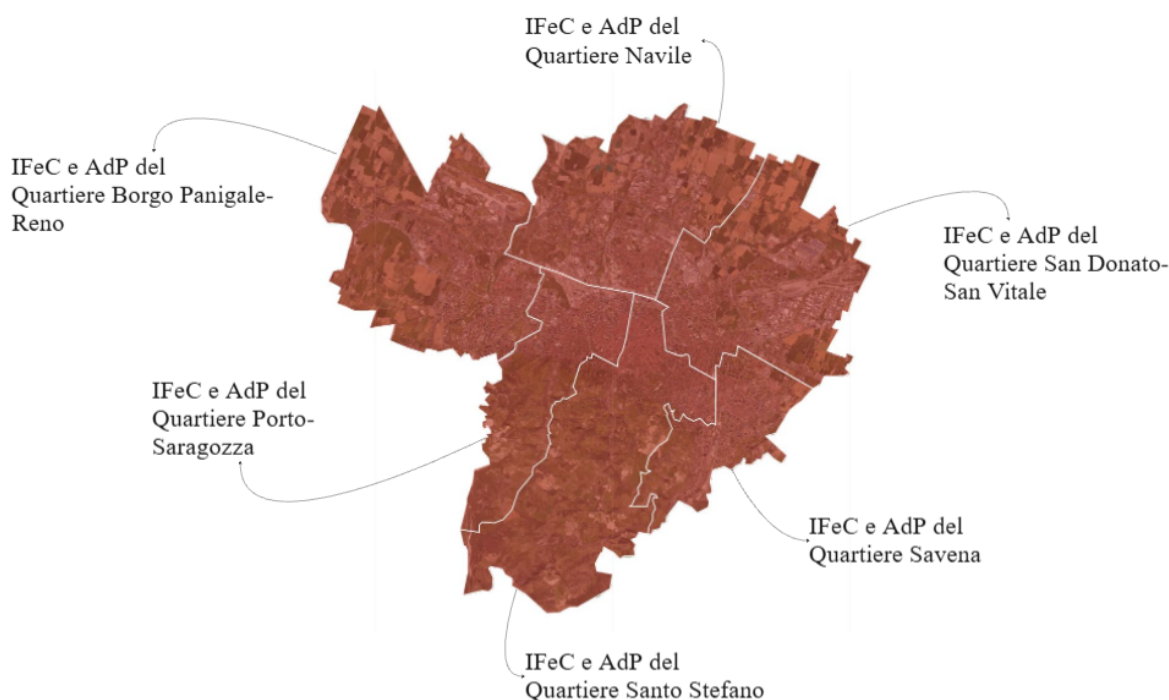


Fig. 5. Le unità territoriali di riferimento per le Infermiere di Famiglia e Comunità di Quartiere e le Agenti di Prossimità nel Comune di Bologna
(rivisitazione delle mappe fornite da <https://opendata.comune.bologna.it>).

Il lavoro di Microarea è svolto da un'équipe strutturata, in cui le infermiere condividono parte delle loro giornate lavorative con altre figure professionali (assistenti sociali, operatori e

⁴⁶ L'AUSL di Bologna è responsabile per il territorio della Città metropolitana di Bologna suddiviso in sei Distretti, cioè sei articolazioni territoriali, quali: Città di Bologna, Pianura Est, Pianura Ovest, Appennino Bolognese, Savena Idice e, infine, Reno, Lavino e Samoggia. Il servizio di IFeC si compone quindi di più di trenta infermiere distribuite nei vari Distretti; di queste, ho intercettato solamente le infermiere impegnate nel Distretto Città di Bologna.

⁴⁷ Le Microaree per la salute di Bologna nascono come progetto inter-istituzionale, in quanto promosso da AUSL di Bologna, Comune di Bologna e Acer Bologna (Azienda Casa Emilia-Romagna, responsabile della gestione del patrimonio di Edilizia Residenziale Pubblica) e riprendono il modello delle Microaree di Trieste. Quest'ultimo venne sviluppato agli inizi degli anni Duemila in continuità con la tradizione basagliana di lavoro partecipativo e territoriale, con l'obiettivo di promuovere la salute proprio nei territori periferici maggiormente svantaggiati (Rotelli 2015).

⁴⁸ Fonte: <https://inumeridibolognametropolitana.it/studi-e-ricerche/bologna-e-i-suoi-quartieri-e-il-centro-storico> (ultimo accesso 19.08.2025).

operatrici abitative, educatori ed educatrici) presenti a tempo parziale nel territorio. Si tratta di una configurazione ben diversa da quella delle IFeC assegnate ai Quartieri: queste operano quotidianamente in autonomia, ciascuna nel proprio ufficio posto all'interno della Casa della Comunità o del poliambulatorio di riferimento per il Quartiere assegnato, e non hanno un contesto collegiale di riferimento, ad eccezione delle riunioni mensili che riuniscono tutte le IFeC dell'AUSL di Bologna. Una simile destinazione territoriale è condivisa anche dalle Agenti di Prossimità (d'ora in poi indicate anche con il termine "Agenti" o con l'acronimo "AdP"), figure sviluppate attorno al 2017 dalla Fondazione Innovazione Urbana, una fondazione pubblica fondata dal Comune e dall'Università di Bologna nell'ambito delle trasformazioni urbanistiche e dell'amministrazione condivisa⁴⁹. Sei Agenti di Prossimità sono quindi responsabili per altrettanti quartieri della città (fig. 5), dove lavorano a tempo parziale. A differenza delle IFeC, queste figure non sono presenti al di fuori del centro della città metropolitana di Bologna e, sebbene ciascuna lavori autonomamente nel Quartiere assegnato, il confronto continuativo con le colleghe AdP è sostenuto da incontri collegiali a cadenza bisettimanale e da una frequentazione quasi quotidiana dovuta alla condivisione della medesima sede d'ufficio.

Molto più simile all'estensione territoriale delle IFeC impegnate nelle Microaree è l'esperienza dei vari progetti e servizi di comunità che insistono su zone specifiche, spesso caratterizzate da particolari indicatori di svantaggio sociale e sanitario (fig. 6). La distribuzione di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica, ad esempio, rappresenta un importante indicatore di esposizione, cioè un determinante sociale che rappresenta un fattore di rischio che espone le persone allo sviluppo di certe condizioni di salute e malattia; questi alloggi e comparti spesso sono caratterizzati da una certa deprivazione (sociale, materiale, economica, ecc.), per cui un'alta concentrazione territoriale suggerisce delle diffuse condizioni di svantaggio socio-economico correlate agli esiti in salute, tra cui le patologie e la mortalità (CSI 2022). La maggioranza dei territori in cui si concentrano i progetti e servizi qui analizzati rientrano in quelli più svantaggiati, come indicato dalla figura 6.

⁴⁹ Come è possibile leggere nel sito ad essa dedicato, «La Fondazione per l'Innovazione Urbana (FIU) è un centro multidisciplinare di ricerca, sviluppo, co-produzione e comunicazione delle trasformazioni urbane a servizio della costruzione dell'immaginario futuro della città. La FIU svolge un ruolo propulsore di relazioni tra Amministrazione pubblica, Università, Imprese, Terzo settore e Cittadinanza». Fonte: <https://www.fondazioneinnovazioneurbana.it/chisiamo> (ultimo accesso 19.08.2025).

Dal 2024 la FIU si è unita ad altre due Fondazioni cittadine, creando la Fondazione IU Rusconi Ghigi. Per approfondimenti, si veda il nuovo sito dedicato: <https://fondazioneiu.it/la-fondazione/> (ultimo accesso 19.08.2025).

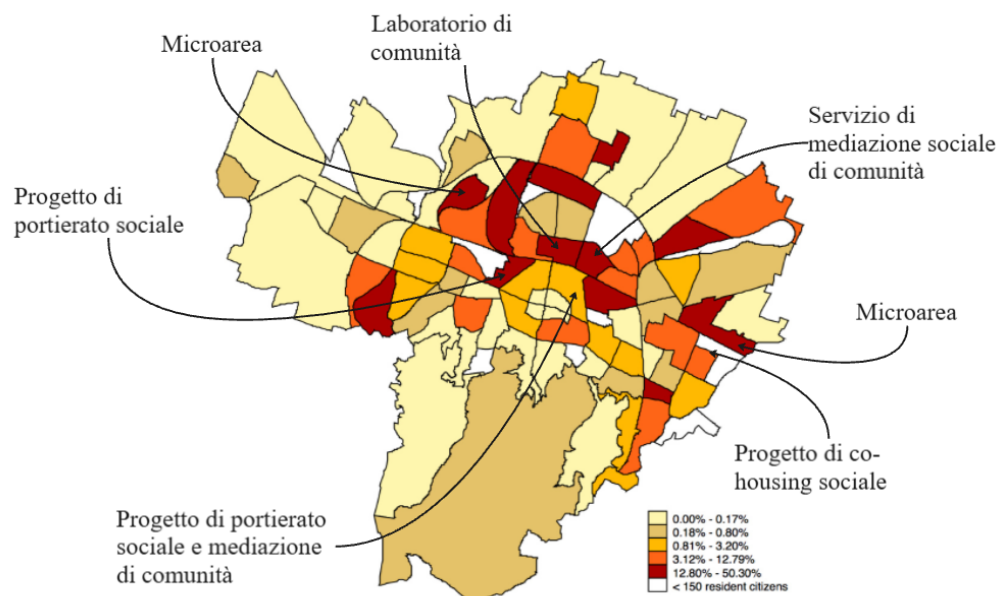


Fig. 6. La distribuzione territoriale dei progetti e servizi di comunità analizzati in relazione alla distribuzione geografica delle abitazioni di Edilizia Residenziale Pubblica per area statistica nel Comune di Bologna (rivisitazione della mappa di distribuzione di ERP elaborata nel progetto “L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna”).

Tali progetti sono portati avanti da piccole équipes radicate nel territorio, che svolgono le proprie attività direttamente nella sede del progetto o servizio, e più ampiamente nella microzona⁵⁰ in cui questa è inserita, e che sono composte da operatrici sociali impegnate spesso a tempo parziale⁵¹. Nello specifico, si tratta di: un servizio di mediazione sociale di comunità operante in un’area del Quartiere San Donato-San Vitale, attivo in modo non continuativo dal 2021, sostenuto economicamente dall’omonimo Quartiere e realizzato da un Raggruppamento Temporaneo di Imprese⁵² comprendente una cooperativa sociale e un’associazione; un progetto di co-housing sociale⁵³, inaugurato nel 2021 nel Quartiere Savena, sostenuto da una successione di fondi europei e comunali, coordinato dall’omonimo

⁵⁰ Nel testo utilizzerò il termine “microzona” per indicare una porzione territoriale limitata, micro per l’appunto, in cui però non è attivo il progetto di Microarea.

⁵¹ Solo un’operatrice sociale lavora a tempo pieno esclusivamente nel servizio o progetto comunitario, mentre le altre figure lavorano dalle 4 alle 25 ore settimanali nei rispettivi servizi o progetti.

⁵² Il Raggruppamento Temporaneo di Imprese (RTI) o Associazione Temporanea di Imprese (ATI) è una forma di collaborazione temporanea e strategica tra più operatori economici finalizzata alla partecipazione a gare di appalti pubblici, in questo caso di servizi comunitari, in quanto singolarmente gli operatori non presenterebbero i criteri necessari a soddisfare le richieste della gara.

⁵³ Sebbene il co-housing possa indicare una comunità abitativa chiusa, ho scelto di inserire questa esperienza nella ricerca e nell’analisi qui proposta in quanto il lavoro di costruzione della comunità abitativa si struttura anche attraverso un processo di importante radicamento territoriale, cioè di relazione con gli attori, i servizi, le associazioni che compongono l’esterno della struttura abitativa e che, nel tempo, sono sempre più entrate dentro i cancelli che la delimitano.

Quartiere e da un'Associazione Temporanea di Scopo⁵⁴ comprendente cooperative e associazioni; un progetto di portierato sociale in un'area del Quartiere Porto-Saragozza, attivo in modo non continuativo dal 2022, sostenuto da fondi europei e gestito, in stretta connessione con l'omonimo Quartiere, da un'unione di una cooperativa e un'associazione; un progetto di portierato sociale e mediazione di comunità in una zona del Quartiere Santo Stefano, attivo in modo non continuativo dal 2021, sostenuto economicamente dal Quartiere e sviluppato nel territorio da una cordata di associazioni e cooperative; infine, un laboratorio di comunità che si rivolge principalmente alla popolazione senza fissa dimora ma integra azioni di mediazione sociale trasversali alla popolazione locale, attivo dal 2014 in un'area del Quartiere Navile, gestito da una cooperativa per conto di ASP Città di Bologna⁵⁵, quindi sostenuto principalmente da fondi pubblici con alcune integrazioni individuate dalla cooperativa.

Fin da questa rapida inquadratura ci troviamo di fronte a esperienze che si differenziano per forme organizzative, estensione del territorio di riferimento, fonti di finanziamento e livelli istituzionali mobilitati. In relazione a quei progetti e servizi che insistono su porzioni territoriali limitate, la configurazione più comune è quella di una commistione di attori istituzionali pubblici e del privato sociale che può assumere diverse forme (co-progettazione, collaborazione, coordinamento), mobilitare risorse pubbliche di differenti entità⁵⁶ e livelli (di Quartiere, comunale, europeo), talvolta integrate da risorse aggiuntive come quelle provenienti da fondazioni di origine bancaria. Per quanto riguarda gli attori pubblici, i Quartieri sono i maggiormente implicati, in particolare gli Uffici Reti e Lavoro di Comunità distribuiti in ciascuna unità amministrativa territoriale. Questi uffici, nati nel contesto bolognese con la Riforma dei Quartieri del 2016⁵⁷, si occupano della promozione della cittadinanza attiva e del rafforzamento delle reti sociali comunitarie al fine di curare il territorio e le sue comunità (Bodini *et al.* 2023). Coerentemente con queste funzioni, la quasi

⁵⁴ L'Associazione Temporanea di Scopo (ATS) è un'aggregazione temporanea molto simile al RTI, da cui si differenzia per la tipologia dei soggetti coinvolti, che non sono necessariamente imprese.

⁵⁵ L'Azienda pubblica Servizi alla Persona Città di Bologna è un'azienda partecipata dal Comune di Bologna (97%), dalla Città Metropolitana di Bologna (2%) e dalla Fondazione Carisbo (1%). Nata nel 2014 dalla fusione di precedenti aziende pubbliche operanti in settori assistenzialistici, si occupa di progettare e gestire servizi sia sociali che socio-sanitari per determinate fasce della popolazione (migranti, persone anziane, adulti e famiglie in difficoltà) e specifici settori (abitare, accoglienza). Fonte: <https://www.aspbologna.it/it> (ultimo accesso 19.08.2025).

⁵⁶ I finanziamenti dei progetti e servizi di comunità radicati in microzone vanno dai 14.000 euro ai 75.000 euro all'anno.

⁵⁷ La Riforma dei Quartieri del 2016, attuata mediante la delibera del Consiglio Comunale PG. n. 45841/2016, ha diminuito il numero di Quartieri, aumentandone di conseguenza l'estensione territoriale, e ha dato impulso a un processo di decentramento volto a dare maggiore rilevanza a queste unità amministrative territoriali nei processi di governance urbana.

totalità dei progetti e delle figure di prossimità collabora, in modo più o meno stretto, con il personale di questi uffici. Siamo quindi di fronte a un campo, quale quello del lavoro di comunità e prossimità, che articola il primo e, soprattutto, il secondo welfare, ovvero quell'insieme di interventi mobilitati da attori non esclusivamente pubblici per rafforzare i sistemi locali di protezione sociale sotto il profilo economico, culturale, organizzativo e affrontare più efficacemente i bisogni sociali emergenti nell'attuale contesto di transizioni socio-demografiche, ecologiche e digitali (Maino 2023). Proprio i recenti anni segnati dagli effetti della pandemia di Covid-19 e della sua gestione sembrano aver dato una rinnovata spinta agli approcci comunitari. Quasi tutte le esperienze raccolte, infatti, si sono sviluppate soprattutto attorno al 2022: non solo anno di pubblicazione del già citato DM 77/2022, da cui è dipesa l'implementazione del servizio di Infermieristica di Famiglia e Comunità, ma generale periodo in cui l'urgenza di adottare un'impostazione territoriale all'assistenza di persone e gruppi sociali era ancora particolarmente viva (Maciocco 2022).

Se il periodo post-pandemico ha visto la crescita, seppur insufficiente rispetto alle esigenze, di dispositivi legislativi, organizzativi e finanziari legati alla cura di prossimità, questo focus non appariva come una novità nel contesto felsineo, in cui retoriche e sperimentazioni legate ai concetti di partecipazione o prossimità risultavano già familiari. Come precedentemente accennato, le Agenti di Prossimità nascono nel 2017, dapprima in maniera più sperimentale per colmare la distanza tra l'amministrazione pubblica e la popolazione, emersa in modo manifesto in occasione delle elezioni amministrative del 2014 e del 2016⁵⁸, poi in modo più strutturato, al fine di rendere maggiormente effettivi gli obiettivi di ascolto, comunicazione e coinvolgimento della popolazione nella cornice della co-progettazione delle trasformazioni urbane. L'orizzonte generale era, ed è tutt'oggi, quello dell'amministrazione condivisa, un percorso di trasformazione potenzialmente paradigmatica delle istituzioni pubbliche teso a sostanziare i processi di sussidiarietà orizzontale e rafforzare la cittadinanza attiva. Nel corso degli anni questo processo è stato alimentato dal Regolamento per l'Amministrazione Condivisa dei Beni Comuni del 2014⁵⁹ e dalla Riforma dei Quartieri del 2016, attraverso i

⁵⁸ Alle elezioni comunali del 2016, l'affluenza è stata pari al 59,66% delle persone aventi diritto, mentre alle elezioni precedenti del 2011 si era attestata al 71,41% e a quella del 2009 era stata del 76,39%. Alle elezioni regionali del 2014, nel Comune di Bologna i/le votanti sono stati/e il 39,74% delle persone aventi diritto, a fronte del 67,4% delle elezioni regionali del 2010 e del 76,04% di quelle del 2005. I dati sono tratti dalla Banca Dati Elettorale della Regione Emilia-Romagna (https://consultaelezioni.regione.emilia-romagna.it/elezioni/confronto_affluenza.jsp (ultimo accesso 21.08.2025)).

⁵⁹ Il "Regolamento sulla collaborazione tra cittadini e amministrazione per la cura e la rigenerazione dei beni comuni urbani" è stato approvato dal Consiglio Comunale di Bologna tramite la delibera n. 172 del 14 maggio 2014. Nel panorama nazionale, quella bolognese è stata la prima esperienza di applicazione amministrativa locale del principio di sussidiarietà. Quest'ultimo, introdotto nel 2001 nella Costituzione Italiana con la riforma

quali sono stati individuati alcuni dispositivi⁶⁰, come i Laboratori di Quartiere⁶¹, in cui le Agenti di Prossimità hanno mosso i primi passi. Inizialmente, queste erano figure sperimentali impegnate nella strutturazione dei Laboratori, occupandosi nello specifico del coinvolgimento di cittadini e cittadine e della conduzione degli incontri dei Laboratori. Successivamente, l'impegno delle Agenti si è ampliato ad altri percorsi, come la progettazione di interventi micro-locali (la riqualificazione di una piazza, ad esempio) o la cura di trasformazioni cittadine (come la progettazione del tram), pur mantenendo il ruolo di facilitazione della collaborazione tra popolazione locale, Quartieri e Comune.

Come ricorda Sclavi (2022: 150), la tensione verso l'amministrazione condivisa implica non solo la semplificazione di norme e procedure, ma una più ampia trasformazione culturale e politica contraddistinta da una partecipazione decisionale della cittadinanza e dallo «slittamento da un modo di operare guidato da regolamenti generali astratti, alla concretezza delle singole situazioni nella loro unicità; è un vero e proprio passaggio dalla centralità dell'ufficio e degli incartamenti, alla ricognizione sul campo [...]». La realizzazione di processi collaborativi necessita quindi di approcci specifici e figure dedicate alla "ricognizione sul campo" in grado di intercettare "situazioni concrete". Se, come vedremo, tra le diverse figure il grado e le modalità di abitazione del campo si differenziano, operatrici sociali, agenti e infermiere sono accomunate dall'essere delle incessanti facilitatrici di legami e opportunità: tra popolazione locale e servizi, tra cittadinanza e amministrazione pubblica, tra abitanti e associazioni territoriali; ma anche, facilitatrici dei rapporti tra servizi stessi, tra i vari livelli dell'amministrazione pubblica o tra cittadini e cittadine di un medesimo territorio. Il ruolo di facilitazione emerge in virtù di contesti sociali che, per l'appunto, necessitano di

del titolo V, descrive il rapporto tra diversi livelli per favorire un'amministrazione pubblica più collaborativa: «Stato, Regioni, Province, Città metropolitane, Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà» (art. 118). Il Regolamento è stato recentemente sostituito con il "Regolamento generale sulle forme di collaborazione tra soggetti civici e Amministrazione per la cura dei beni comuni urbani e lo svolgimento di attività di interesse generale", entrato in vigore a inizio 2023, che amplia, oltre gli enti del Terzo settore, la platea di attori sociali con cui l'Amministrazione può sviluppare delle collaborazioni. Il testo del nuovo Regolamento è consultabile al seguente link: <https://www.comune.bologna.it/amministrazione/documenti-e-dati/regolamenti/regolamento-collaborazione-soggetti-civici-amministrazione-beni-comuni-urbani> (ultimo accesso 21.08.2025).

⁶⁰ Come puntualizza Allegrini (2020: 141), il termine dispositivo si riferisce all'indicazione foucaultiana di «una combinazione di diversi elementi "discorsivi o meno" (ossia discorsi, istituzioni, strutture architettoniche, decisioni regolative, leggi, misure amministrative, enunciati scientifici, proposizioni filosofiche, morali e filantropiche) in un dato momento storico».

⁶¹ I Laboratori di Quartiere sono promossi dal Comune di Bologna, coordinati dalla Fondazione Innovazione Urbana in collaborazione con i singoli Quartieri, si compongono di incontri ciclici tra cittadinanza locale, funzionari/e e rappresentanti delle istituzioni e sono volti all'ascolto, al confronto e all'elaborazione di proposte progettuali su spazi e temi di interesse locale. Per approfondimenti, si veda il volume del 2020 di Roberta Paltrinieri e Giulia Allegrini, *Partecipazione, processi di immaginazione civica e sfera pubblica. I Laboratori di quartiere e il Bilancio partecipativo a Bologna*, Milano, Franco Angeli.

essere mediati: le IFeC agiscono in un sistema di servizi socio-sanitari ancora scarsamente integrato e farraginoso (CSI 2022), le operatrici sociali in territori marginalizzati in cui i legami comunitari sono particolarmente sfilacciati (*ibidem*), le AdP in un persistente clima sociale di sfiducia e disaffezione per la partecipazione politica (Borghi 2006).

Dopo la dimensione organizzativa e storica, l'estratto precedentemente citato di Marianella Sclavi ci porta alla dimensione spaziale e materiale del lavoro di prossimità. Nell'immaginario ad esso connesso, questo tipo di lavoro acquista una materialità propria, distinta dalle cartelle e dai computer degli uffici: gli spazi diventano quelli dei parchi, delle strade, delle abitazioni dei/lle residenti, dei bar, delle sedi dei servizi e delle associazioni territoriali; la materia prima diventano i corpi delle persone (di operatrici, abitanti, volontari/e, funzionari/e, rappresentanti istituzionali, ecc.) e le relazioni interpersonali che si sviluppano nelle mutevoli attività contestuali (misurazione della pressione, preparazione di un pranzo collettivo, incontri informali in piazza, ecc.). Sebbene la distinzione tra uffici e luoghi di vita sia rilevante, l'immersione nella "vita" dei progetti e nell'esperienza delle operatrici mostra una realtà più sfumata. Le stesse sedi dei progetti e servizi presentano diversi gradi di prossimità al territorio e "contestualità", cioè risentono in modi diversi del contesto con cui interagiscono, a seconda dell'ubicazione della sede e della qualità del legame sviluppato dalla professionista con il territorio. L'ufficio può essere localizzato in un'area lontana dal territorio di cui una figura è responsabile, e apparire slegato da esso, al punto che «potrebbe sembrare un qualsiasi altro ufficio della Casa della Salute o del Comune di Bologna» (nota personale, diario di campo, 25 ottobre 2024); in altri casi, pur avendo la responsabilità di un'area molto vasta, le pareti dell'ufficio sono guarnite con mappe e volantini di attività presenti in quartiere, dando la sensazione che «il territorio, qui, sia entrato per davvero» (diario dell'intervista con Valeria, 16 ottobre 2024), proprio come le sedi di quei servizi o progetti che sono situate direttamente nel territorio. Poste in luoghi altamente prossimi a quelli di vita della popolazione locale a cui si rivolgono, queste sedi sono spesso condivise con altri enti territoriali e sono attraversate da molte persone che sfruttano gli spazi in vari modi (leggere, chiacchierare, chiedere informazioni); ne risulta una dinamicità caotica e, contemporaneamente, controllata, fondata sui legami di conoscenza e fiducia esistenti tra i vari attori.

Quando entro ci sono mille locandine e volantini: corsi di cucina, mercatino dell'usato, scritte in arabo che non capisco... [...] C'è un clima abbastanza informale, i luoghi sono accoglienti, c'è un po' di confusione ma, nonostante questo, l'impressione è che sia tutto

sotto controllo: a Viviana e alle altre operatrici non sfugge nessuno tra le persone che entrano ed escono, Viviana le chiama tutte per nome (diario dell'intervista con Viviana, 18 settembre 2024).

In altri casi ancora, il progetto di comunità può non avere una sede propria, per cui l'operatrice sfrutta di volta in volta gli spazi associativi già presenti sul territorio e costruisce una spazialità fluida e aperta, al punto che «l'ufficio è tutto il territorio» (intervista con Lisa, 16 maggio 2024).

Rimanendo nella dimensione materiale connessa all'immaginario del lavoro di prossimità, l'uso del computer emerge come pratica particolarmente emblematica. Nel corso di una conversazione informale con una figura di prossimità, questa mi riportò lo scambio avuto con alcune operatrici sociali da poco impegnate nel servizio in cui lavorava: le esortò a «dimenticarsi del computer, perché [in questo servizio] devi stare con la gente» (diario di campo, 4 settembre 2024). Se questa è senza dubbio la rappresentazione maggiormente condivisa tra le varie figure di prossimità, è anche vero che oggetti come il computer non possono scomparire, in quanto sono fonti di accesso e registro di informazioni necessarie alla costruzione delle relazioni e dei percorsi di cura, sia individuali che comunitari. Il computer, quindi, può essere usato per supportare un cittadino nell'iscrizione delle figlie al centro estivo, per annotare i dati dell'ultima visita medica nella cartella della persona seguita, per scrivere il report delle attività svolte, o, ancora, per inviare le tante mail che il lavoro di rete comporta. Ciò che piuttosto distingue un lavoro di prossimità è soprattutto la ricerca di un equilibrio tra il tempo dedicato allo “stare sul campo” e quello trascorso, in solitudine, davanti a uno schermo. Oltre alla quantità, anche la qualità del tempo, speso sul campo o in ufficio, risulta cruciale per l'esercizio della prossimità. Non solo l'uso del computer da parte di una figura di prossimità in un contesto di interazione sociale è teso al soddisfacimento di un bisogno della persona, piuttosto che della professionista, ma quello stesso bisogno viene rilevato nello spazio interpersonale costruito pazientemente dalle due figure. La personalizzazione della relazione e dell'intervento connotano l'esercizio di una disposizione di prossimità e lo differenziano dall'atteggiamento di attesa e indifferenza spesso riscontrato nelle strutture socio-sanitarie, come denunciato da un'operatrice in merito al personale di un ufficio:

Cioè... se una persona viene all'interno della casa salute, è l'atteggiamento forma mentis, mentale che [...] Questa bella scrivania davanti, tu con il tuo bel potere che dici a lui, “che

poveretto!”, che lo guardi anche un po’ schifato, “dammi il coso” [il foglietto con la richiesta] e davanti al fatto che ti porta un problema che non è nel tuo pezzettino di cose che tu puoi risolvere rispondi: “ma io non sono io quello che lo deve fare!”, senza dargli un’alternativa, una risposta, dirgli dove deve andare, cosa deve fare, perché lo deve fare... e tutto quello che segue. Capisci che.. finché le istituzioni lavorano così... [...] O dire alla gente [usa un tono apatico, senza sfumature]: “Non hai la richiesta. Devi tornare”. Ma [...] alza su quel telefono a chiamare al medico e farti inviare via mail, visto che intanto di computer ce n’è uno per ogni stanza e tu c’hai la tua mail... (intervista con Monica, 5 agosto 2024).

Il contesto sociale descritto è quello di uno spazio relazionale teso alla salvaguardia di un «recinto sicuro» per la professionista, di «una distanza geografica controllabile», per riprendere le parole di Goizueta (in Farmer 2013), che varie infermiere e operatrici di prossimità interpretano in termini culturali e morali. La loro valutazione oscilla tra una responsabilizzazione individuale che si collega a un registro morale teso alla salvaguardia dei propri confini e il riconoscimento dell’azione di vincoli di mandato e organizzativi, come un tempo limitato a disposizione per l’interazione con ciascun soggetto o l’aderenza ad attività prestazionali predeterminate, che ostacolano o limitano la fuoriuscita “dal recinto”. Nelle narrazioni delle figure di prossimità, tali pratiche e relazioni sociali contraddistinguono ciò che è “altro” da sé, rafforzando quindi la rappresentazione di una propria etica morale incentrata sulla proattività verso il benessere delle persone, realizzata attraverso una tessitura continua di legami significativi.

Come lamentato da alcune, tuttavia, anche la quotidianità di operatrici sociali e infermiere può essere sbilanciata verso un uso preponderante del computer all’interno del proprio ufficio. Questo squilibrio può derivare dalla necessità di svolgere contemporaneamente più ruoli, sia operativi che di coordinamento, o funzioni che richiedono un frequente uso di mail e registri elettronici, come la costruzione di una rete assistenziale per i singoli individui in carico alle IFeC, o la sistematizzazione delle informazioni raccolte che le Agenti di Prossimità condividono con i vari livelli dell’amministrazione pubblica. Trascorrere più tempo interagendo con un computer o con altri/e professionisti/e piuttosto che parlando con le persone nei loro contesti di vita rappresenta un elemento che allontana queste professioniste dal riconoscersi come “di prossimità”, una percezione basata sull’interpretazione di questo concetto nei termini di una vicinanza fisica e relazionale da garantire nel tempo.

Infatti questo è un, è forse l'elemento più debole del nostro lavoro nella relazione con le persone perché appunto magari abbiamo dei momenti molto concentrati e molto densi in cui dobbiamo, nell'arco di due o tre mesi, raccogliere quanto più possibile, in termini di input per una progettazione e poi effettivamente la progettazione e la realizzazione di quell'intervento ce l'hai dopo, bene che ti va, dopo due anni, bene che ti va. Che cosa succede in questo lasso di tempo in cui hai finito [gli incontri e viene realizzato il progetto?]. Lì, se non siamo capaci di stare, di coltivare queste relazioni, e di mantenere questo rapporto di fiducia.. lì hai fallito (intervista con Rita, 14 maggio 2025).

Nonostante l'eterogeneità di elementi che caratterizzano le varie realtà professionali, anche in questo “ginepraio” - per usare un'altra metafora vegetale - è possibile ravvisare alcuni tratti comuni, come la frequentazione, più o meno assidua, del territorio e il ruolo di facilitazione, a cui si aggiungono, tuttavia, l'ambiguità del proprio riconoscimento e la precarietà del lavoro, inteso sia come tipo di occupazione che come attività da svolgere.

La costruzione del ruolo rappresenta un processo sociale tutt'altro che scontato, composto non solo da un'individuazione di funzioni e denominazioni, ma anche dall'interpretazione di questi elementi, variabile a seconda dei soggetti e dei contesti incontrati. Il ruolo di una figura “nuova”, sia un'Infermiera di Famiglia e Comunità, un'Agente di Prossimità o un'operatrice sociale di comunità, si mostra in tutte le sue ambiguità fin dalle prime battute della “discesa sul campo”. Molte di queste operatrici hanno condiviso la confusione derivante dall'uso di un'etichetta che spesso non è immediatamente compresa da gran parte della cittadinanza locale: le Agenti vengono quindi scambiate per altri attori del welfare (assistenti sociali, infermiere), della sicurezza (poliziotte) o della politica istituzionale (politiche e rappresentanti delle istituzioni locali)⁶²; le operatrici sociali inizialmente sono spesso confuse con le assistenti sociali; le IFeC, invece, sono associate alle infermiere del servizio domiciliare. La confusione risente certamente della scarsa conoscenza e dimestichezza con tipologie di lavoro non radicate nell'immaginario del lavoro sociale e assistenziale e che, contemporaneamente, presentano alcune affinità con figure più conosciute. Il carattere di novità, infatti, si interseca con un altro tipo di ambiguità propria del lavoro di cura in generale, che risulta spesso in bilico tra esercizio del controllo, tensione alla capacitazione e garanzia dei diritti sociali (Fassin 2018, Porcellana 2022). Un approfondimento degli usi delle

⁶² «Cercando nel web qualche informazione su questa figura, mi imbatto nella definizione di “agente di prossimità” proposta dal vocabolario Treccani: si tratta di un neologismo del 2008 che fa riferimento all'“Agente di polizia locale incaricato della sorveglianza di un quartiere urbano, con il compito di stabilire un contatto diretto con i cittadini”» (diario di campo, nota personale, 9 dicembre 2023).

etichette identificative delle figure di prossimità e comunità, agiti sia da loro stesse che dagli attori con cui si relazionano più frequentemente, può aiutare a comprendere ulteriori specificità di questa ambiguità. Prendiamo a esempio l'IFeC. Sebbene la denominazione ufficiale di questa figura, che comprende tanto l'ambito familiare quanto quello comunitario, venga proposta come quella corretta che ci si sforza di usare nel momento di incontro con una persona, spesso viene modificata, risultando in "infermiera di famiglia". Quest'ultima etichetta può essere preferita per il tempo limitato a disposizione e la difficoltà di articolare una denominazione così lunga nel linguaggio parlato, ma, come spesso accade, la quantità (di tempo, di parole) è legata alla qualità del fenomeno. Nei primi tempi di avvio del servizio, l'IFeC doveva aggiungere alla propria denominazione un'adeguata spiegazione del ruolo, che, tuttavia, appariva poco chiaro anche a lei stessa: «alcuni a tutt'oggi mi confondono ancora con la domiciliare, perché la divisa è la stessa [...]. All'inizio [mi presentavo] come infermiera di famiglia e comunità un po' a denti stretti, cercando di.. perché non mi era nemmeno chiaro cosa dovevo fare, quindi... [sorride]» (intervista con Ramona, 5 settembre 2024). Omettere la parte comunitaria nella presentazione di sé significa, per molte, fornire una rappresentazione più aderente alla realtà vissuta, in quanto il proprio lavoro è contraddistinto da un forte sbilanciamento tra la componente individuale-familiare⁶³ (maggioritaria) e quella comunitaria (minoritaria). Tale squilibrio, tuttavia, può essere controbalanciato nel momento in cui non si voglia "illudere" i cittadini rispetto alla impossibilità di essere presenti in modo pervasivo e continuativo, e quindi di rispondere a richieste di supporto più onerose rispetto alle risorse che la singola IFeC può mettere in campo. In questo senso, quindi, essere un'infermiera "di comunità" indica un altro settore di impegno che giustifica la mancanza di un coinvolgimento totale, e totalizzante, nell'ambito individuale-familiare.

[...] l'infermiere di famiglia E COMUNITÀ [lo sottolinea con la voce]... lo dico tutto per non essere solo di famiglia, perché il fatto di essere solo di famiglia potrebbe indurre a pensare cose errate [...] Perché "infermiera di famiglia" può essere molto carino da dire, "ah ti prenderai cura di me", come dire, il pensiero potrebbe essere questo, "finalmente ho qualcuno che praticamente ce l'ho qua in casa tutti i giorni, a cui rivolgermi che mi potrà sempre aiutare", magari fosse così. Potrebbe essere, dovrebbe, secondo me, però non ci sono i numeri, non ci sono le possibilità, quindi questa cosa qua la... cerco un po' di, come dire, disilluderli (intervista con Valeria, 16 ottobre 2024).

⁶³ Parlo di ambito individuale-familiare, piuttosto che solo familiare, in quanto molte delle persone seguite dalle IFeC sono individui che vivono da soli e non hanno una rete familiare di supporto.

Questa spiegazione mette ulteriormente in luce l'immaginario connesso alla componente individuale del lavoro dell'IFeC, su cui vengono trasposte le caratteristiche che culturalmente vengono associate alla cura familiare. Si delinea quindi un tipo di cura molto personalizzato e intenso basato su una certezza di affidamento e presenza, sull'assistenza quotidiana nello spazio domestico, continuativa e durevole, e che risponderebbe alle esigenze di persone soprattutto anziane e/o disabili; allo stesso tempo, però, viene chiarita l'impossibilità di operare un tale livello di assistenza trasversale a tutti i pazienti. Specialmente nelle fasi iniziali di incontro e conoscenza tra l'infermiera e le persone assistite, l'IFeC veniva percepita, e in parte si percepiva essa stessa, una figura ibrida tra «badante, assistente sociale e infermiera» (intervista con Valeria, 16 ottobre 2024). Nel corso del tempo, oltre alla denominazione ufficiale di questa figura è emersa anche un'altra etichetta prodotta dai soggetti con cui l'IFeC interagisce, come medici/che e cittadini/e, quale "l'infermiera di quartiere".

[...] un altro medico ha parlato di questa attività [...] e a un incontro di medici di nucleo [...] disse "ma chi è questa infermiera di quartiere? ma chi è? cosa fa? ma cosa...?" (intervista con Valeria, 16 ottobre 2024).

Oppure mi hanno anche etichettato come infermiera di quartiere, perché più o meno quando è iniziata la mia attività, è iniziata un'attività della, del dipartimento di sanità pubblica [...] con un gruppo di cammino [...] e da lì è partita un'attività di socializzazione veramente importante. [...] in questa situazione, Cristina [una cittadina] mi chiamava "l'infermiera di quartiere". E io dicevo: "ma no Cristina, mi devi chiamare l'infermiera di..." [ride]. Però era più... Però per lei era l'infermiera di quartiere, proprio più etichettata come di quella zona lì (intervista con Ramona, 5 settembre 2024).

La comprensione del ruolo delle IFeC si snoda quindi tra la dimensione territoriale, individuale-familiare e comunitaria della cura, la cui articolazione si produce in modi diversi a seconda dell'interpretazione degli attori e dei contesti in cui si sviluppa la relazione tra di essi. Come accennato precedentemente, l'identificazione immediata con l'infermiere domiciliare, sebbene prontamente disambiguata da parte dell'IFeC, avveniva frequentemente per diversi motivi, specifici e generali: una precedente esperienza lavorativa nel servizio infermieristico domiciliare, a volte anche nella stessa Casa della Comunità o poliambulatorio;

la condivisione della divisa, dell'approccio, quale quello domiciliare, dell'inquadramento di categoria professionale e dell'ente di appartenenza.

Allora intanto, avendo fatto l'infermiera domiciliare per tanti anni, quando rispondevo per esempio al citofono, anche al telefono, c'era sempre questo.. un attimo di concentrazione perché mi sbagliavo sempre con l'infermiera domiciliare, ci ho messo un po' per ingranare con la nuova nomenclatura, diciamo (intervista con Valeria, 16 ottobre 2024).

Di fronte alla frequente confusione con le infermiere del servizio domiciliare, spesso le IFeC cercano di distinguersi facendo riferimento alle caratteristiche organizzative e al senso del proprio lavoro: da chi o quando si è state attivate (“dall'assistente sociale”, “dopo le dimissioni”), per le attività che si svolgeranno o meno (“non le medicazioni”, “la mia non è una figura prestazionale”), per il fatto di lavorare da sola e non in gruppo. Di fronte allo smarrimento di persone incontrate per la prima volta, il rimando agli obiettivi del proprio lavoro o all'appartenenza territoriale rappresenta una strategia condivisa anche dalle varie operatrici sociali di comunità. Come le IFeC e le AdP, anche loro infatti hanno dovuto gestire l'ambiguità di un ruolo nuovo, a tratti indefinito, non facilmente collocabile in una categoria professionale riconosciuta o all'interno di progetti e servizi continuativi.

[...] in quanto figura ibrida che però non ha un incasellamento a volte mi mette in difficoltà, quindi è un continuo processo di contrattazione, anche lo stare in questa roba qua. [...] Da un lato ogni tanto mi dico “ma perché non sono solo un'educatrice fatta e finita, professionalizzata?”, dall'altro dico “meno male che non sono un'educatrice ma sono questa strana figura a metà!” (intervista con Raffaella, 17 maggio 2025).

La mancanza di una categoria professionale in cui identificarsi e che faciliti il riconoscimento della figura da parte, soprattutto, degli e delle abitanti rappresenta un ulteriore elemento di complessità di un lavoro, come quello comunitario e di prossimità, già di per sé multiforme e che pone molti interrogativi. L'indefinitezza della figura dell'operatrice sociale di comunità, una sua (presunta) a-storicità e la mancanza di una progettazione comunale fondata sulle esperienze svolte o in atto contribuiscono a determinare uno squilibrio tra le aspettative prodotte dai vari soggetti con cui l'operatrice interagisce (abitanti, committenti, responsabili istituzionali locali) e le risorse effettivamente a sua disposizione. «Perché ci sono meno esperienze [...] che portano in qualche modo anche a preventivare certe cose. In questo si è molto a provare, cambiare, risistemare, che può essere a volte molto carente, cioè portare a

una perdita di tempo che non è perdita di tempo...» (intervista con Lisa, 16 maggio 2024). La creazione di un sapere condiviso viene proposta come una possibile strategia per valorizzare il carattere sperimentale del lavoro di comunità e non confonderlo con fallimenti o perdite di tempo, all'interno di una più ampia costruzione del ruolo che necessita di una continua e delicata negoziazione di significati.

La sperimentazione emerge quindi come una dinamica caratteristica del lavoro di comunità che, tuttavia, può legarsi a strutture più o meno precarie, a seconda non solo del tipo di progetto o servizio, ma anche del contesto sociale e politico in cui queste esperienze sono radicate. Nella panoramica proposta a inizio paragrafo, più volte ho usato la frase “attivo dal... in maniera non continuativa”. Specialmente chi lavora in progetti o servizi di comunità radicati in microzone, infatti, esercita il proprio operato in maniera fortemente discontinua; di conseguenza, il tipo di relazione e lavoro con la comunità locale risulta frammentato nel tempo o richiede l'individuazione di varie strategie per garantire una certa vicinanza in attesa del rinnovo del progetto. Alcuni progetti di comunità negli anni hanno avuto un andamento altalenante, dovuto alla scarsità e al vincolo temporale a breve-medio termine delle risorse in capo ai Quartieri o fornite dai bandi promossi da fondazioni e altri soggetti erogatori. Come commentato sarcasticamente da un'operatrice, «è una inception di bandi» (diario di campo, 10 ottobre 2024): dietro a ogni finanziamento, si apre una successione indefinita di altre fonti, da ricercare attivamente, soprattutto da parte degli enti operanti direttamente nel territorio⁶⁴. Prima o accanto alla realizzazione del lavoro con le comunità si produce una incessante cura dell'architettura economica e materiale che sostiene, in maniera più o meno precaria, le attività nel territorio. Oltre che individuando altre fonti attraverso cui proseguire il lavoro comunitario avviato, la prossimità al territorio e alla popolazione locale può essere garantita dalle operatrici sfruttando le loro molteplici appartenenze sociali e professionali: alcune vivono e lavorano nel medesimo territorio, per cui le occasioni di frequentazione e interazione con gli e le abitanti possono svilupparsi anche nelle vesti di residenti; altre, invece, lavorano anche in altri progetti contigui all'area territoriale in cui erano attive come operatrici di comunità. Raramente, infatti, le figure di prossimità dipendenti da un ente del privato sociale svolgono unicamente quel ruolo e/o sono impegnate in un unico progetto o servizio, ma lavorano contemporaneamente come operatrici sociali in più servizi territoriali o residenziali. Se da un lato questo tipo di pluriappartenenza consente ad alcune operatrici di

⁶⁴ Il riferimento qui è a “Inception”, celebre film del 2010 diretto da Christopher Nolan. Nella battuta riportata, l'esempio è scelto per parlare della continua evoluzione su più livelli interdipendenti (i sogni del film) che accompagna lo sviluppo del fenomeno analizzato.

elaborare micro tattiche utili ad affrontare le contraddizioni di un progetto di comunità, perseguendo un'etica morale che spesso antepone il benessere altrui, ovvero quello della popolazione locale, dall'altra rappresenta una condizione che si ripercuote negativamente sulla singola lavoratrice e, in alcuni casi, anche sul tipo di lavoro svolto.

Adesso ecco essendo tutte un po' spezzettate, è un po' più difficile, dobbiamo un po' ricreare tutto ex novo, perché comunque anche per chi sta sul doppio servizio insomma non è facile, anche perché questo.. sto posto succhia perché stai sette ore con le persone.. sulla relazione, no? E quindi comunque [...] stare lontano da [qui] tre giorni in una settimana significa anche perdersi molto [...] cioè nel senso che in tre giorni qua può succedere la qualunque, no? O possono evolversi delle situazioni.. Ecco, quindi è un po', è un po' un aspetto attualmente un po' critico. Poi ci sono tutte operatrici nuove... (intervista con Laura, 1 ottobre 2024).

La mancanza di continuità contraddistingue non solo i finanziamenti della maggioranza di progetti e servizi che vedono una compartecipazione tra pubblico e privato sociale, ma anche la dimensione collegiale del lavoro profuso. A parte le Agenti di Prossimità e le Infermiere di Famiglia e Comunità che lavorano nei diversi Quartieri, le altre figure sono inserite in piccole équipe di lavoro i cui vari membri, però, non sono simultaneamente presenti. La maggior parte dei progetti e servizi intercettati si articola su un monte ore parziale suddiviso tra le varie operatrici, le quali, quindi, sono tutte compresenti solamente nelle riunioni necessarie al coordinamento sulle attività e in pochi altri momenti. Lo “spezzettamento” del gruppo e del lavoro svolto viene ulteriormente amplificato da un frequente ricambio del personale, un fenomeno che caratterizza in modo trasversale i vari ambiti del lavoro sociale e assistenziale: non solo, quindi, le dipendenti di enti del terzo settore, tra cui le operatrici sociali di comunità, ma anche categorie professionali come quella infermieristica sono interessate da frequenti dimissioni e spostamenti interni del personale⁶⁵. Si pensi che delle otto operatrici sociali intervistate nel 2024, in pochi mesi quattro hanno cambiato servizio o tipo di lavoro. Per quanto riguarda le Agenti di Prossimità, dal 2018 a oggi solo una persona ha seguito

⁶⁵ Tra il 2023 e il 2025 diversi articoli della stampa locale hanno rilanciato la preoccupazione per la diminuzione di infermieri e infermiere nei servizi pubblici, in particolare nei Pronto Soccorsi. Fonti: https://bologna.repubblica.it/cronaca/2023/09/05/news/infermieri_fuga_da_ausl_bologna-413334744/; https://corrieredibologna.corriere.it/notizie/cronaca/25_aprile_07/sanita-emorragia-di-infermieri-a-bologna-ai-corsi-meno-di-un-decimo-rispetto-a-10-anni-fa-chi-lavora-torna-al-sud-per-la-casa-cada5a5e-8fc8-4cc5-b9f2-919715a82x1k.shtml?refresh_ce; <https://www.bolognatoday.it/salute/nursind-fuga-infermieri-bologna-stipendi.html>; https://bologna.repubblica.it/cronaca/2025/07/09/news/infermieri_bologna_ritorno_sud_famiglia_turni-424719057/ (ultimi accessi: 20.08.2025).

continuativamente questo lavoro e, nel caso di uno specifico Quartiere, il ruolo della relativa AdP è stato svolto da cinque persone diverse nell'arco di altrettanti anni. La sostenibilità dei progetti di comunità è emersa come una preoccupazione costante nelle parole di molte delle persone intervistate: le motivazioni risiedono tanto nelle caratteristiche proprie del lavoro di comunità, *in primis* la flessibilità, quanto in una generale svalutazione sociale, culturale e politica di questo tipo di lavoro di cura. Tale svalutazione si riflette sullo scarso sostegno economico ai progetti e, di conseguenza, alle lavoratrici, un dato, quest'ultimo, che assume una dimensione ulteriormente critica se inserito nel contesto bolognese, caratterizzato da un costo della vita crescente, legato in primo luogo alla dimensione abitativa (Fiore 2023).

Perché appunto non è lavoro d'ufficio e basta, sabato e la domenica, vai alla festa dell'associazione x, vai all'evento dell'associazione y, il laboratorio la sera finisce alle 10.. lo fai magari per un periodo di tempo, poi non ce la fai più. Anche in termini fisici è molto stancante, perché spostarsi da un punto all'altro, a piedi, in bici.. diventa anche poi stressante fisicamente, quindi se entri nel nostro ufficio sono tutte persone giovani.. senza famiglia, e questo infatti è un grande interrogativo che ci poniamo, cioè la sostenibilità di questa figura professionale rispetto alle proprie prospettive di crescita individuale (intervista con Rita, 14 maggio 2025).

Sicuramente non c'è una gratificazione a livello monetario, che comunque è importante nella propria vita lavorativa, eeh molto spesso quindi viene richiesta una vocazione per fare questo lavoro. Però sarebbe bello insomma che l'operatrice avesse tutti gli strumenti che non fossero solo la sua, non so, l'etica, la... voglia, la spinta a lavorare in un contesto d'aiuto (intervista con Laura, 1 ottobre 2024).

Le potenziali forme di riconoscimento del lavoro di prossimità e comunità spesso si avvicinano a un aumento dello stipendio e/o a una stabilizzazione dal punto di vista contrattuale; l'auspicio di un contratto da dipendente pubblico, tuttavia, si scontra con le esigenze di flessibilità e adattamento richieste da questo tipo di impiego. Coniugare le esigenze delle lavoratrici e del lavoro in sé risulta un interrogativo particolarmente delicato: nel corso di un'intervista a una figura di prossimità, alla mia domanda sul tipo di contratto che la legava all'ente promotore del servizio, la risposta è stata laconica: «Eh è una bruttissima domanda questa [sorride amaramente]» (intervista con Rita, 14 maggio 2025).

La discontinuità, seppur con forme e motivazioni diverse, emerge dunque come tratto caratteristico delle eterogenee esperienze di prossimità e comunità, a prescindere dalla natura

pubblica o privata dell'ente promotore. Frammentazione dei fondi, svalutazione del lavoro di cura, flessibilità e indefinitezza compongono un quadro economico, sociale e politico che rende il lavoro comunitario particolarmente sfidante per le varie professioniste. Anche chi, come le infermiere, è dipendente di un ente pubblico ed è inserita in una struttura più solida, risente della precarietà esistente a livello territoriale nel momento in cui cerca di inserire i/le propri/e pazienti in reti sociali locali. Ciò che si produce complessivamente è dunque un lavoro, inteso sia come prodotto che come processo, molto precario: «è come essere sulla sabbia, non si riesce a costruire niente proprio» (intervista con Valeria, 16 ottobre 2024).

2.3 - Pratiche e prospettive del lavoro di comunità

Nelle descrizioni e riflessioni proposte nel paragrafo precedente, il lavoro di comunità e prossimità emerge come un lavoro precario, flessibile, sperimentale, contestuale. Questi elementi concorrono a creare un oggetto dai contorni sfumati, eppure estremamente ricco. In questa sezione vorrei provare ad approfondire in che cosa consiste il loro lavoro di stampo comunitario, mettendo in luce l'insieme poliedrico di processi, forme, rappresentazioni, agiti, discorsi che contribuiscono a crearlo: il tentativo è quello di mostrare come, al di là delle condizioni sociali che lo abilitano o, meglio, disabilitano, coltivare le comunità sia un processo magmatico e imprevedibile, sia nella sua "ragion d'essere" che nei suoi effetti. Incertezza delle condizioni lavorative, precarietà di una generale struttura sociale e politica di sostegno, ambiguità di ruoli nuovi o difficilmente riconosciuti, si mescolano a un lavoro che richiede molti ingredienti: pazienza, ascolto, adattamento e, come suggerito da alcune lavoratrici, anche un pizzico di magia.

Come già accennato, le varie figure di prossimità sono accomunate dal ruolo di facilitazione delle relazioni tra una gran molteplicità di attori, sia all'interno di una medesima categoria (popolazione locale, servizi, istituzioni) che tra categorie diverse. La loro azione si sviluppa quindi su più livelli: le Agenti di Prossimità si occupano soprattutto dell'ascolto delle comunità e della co-progettazione degli interventi territoriali attorno ai quali riunire i vari attori implicati, quindi cittadini/e, tecnici/che e rappresentanti istituzionali; le Infermiere di Famiglia e Comunità dei diversi Quartieri si occupano soprattutto di casi individuali e della costruzione della rete assistenziale attorno ad essi, mentre il lavoro con le comunità, tanto con gruppi di abitanti che con enti associativi, risulta alquanto sporadico; le operatrici sociali di comunità e le infermiere delle Microaree alternano il lavoro di stampo individuale a, soprattutto, quello di costruzione di contesti comunitari. È proprio su quest'ultimo punto che

vorrei concentrare l'attenzione alla luce non solo dell'importanza delle iniziative comunitarie rispetto alla promozione della salute, così come descritto nel primo capitolo, ma anche di un'altra considerazione fondamentale: le comunità non sono soggetti precostituiti da poter attivare o invitare genericamente a partecipare in dispositivi predefiniti, ma vanno adeguatamente coltivate. Proprio perché, come ricordano Sclavi e Buraschi (2022: 4-5), la qualità dei processi comunemente detti "partecipativi" e la loro prosecuzione nel tempo risentono della mancata cura della dimensione relazionale e rischiano di riprodurre le stesse strutture di dominio che la partecipazione dovrebbe disinnescare, è necessario concepire la partecipazione innanzitutto come quell'insieme di pratiche sociali «attraverso cui gli attori entrano in relazione e tessono trame di riconoscimento e di appartenenza comune» (Consoloni, Quaranta 2021: 134).

Questo non significa che nelle prossime pagine non troveranno spazio riflessioni sul lavoro più di stampo individuale, anzi; questo, infatti, rappresenta un tassello importante all'interno di un più ampio *continuum* di comunità che implica una costante coltivazione dei rapporti tanto tra singoli individui, come tra un/a residente e l'operatrice, che in gruppi più estesi.

Prima di addentrarci nelle esperienze di infermiere e operatrici sociali, può risultare utile un breve inquadramento della storia e delle caratteristiche del lavoro di comunità generalmente inteso. Questo rappresenta una specifica articolazione del lavoro sociale, in continuità con gli altri ambiti che lo compongono, quali il *case work*, ovvero il lavoro di presa in carico di casi individuali, e il lavoro grupपाल, principalmente incentrato su gruppi di mutuo e auto-mutuo aiuto. Come ricordano alcune autrici (Calcaterra, Panciroli 2021), l'emersione di questo ambito di azione si situa nell'Inghilterra e negli Stati Uniti di fine Ottocento attraversati da crisi economiche e lotte per l'emancipazione delle classi subalterne; sono proprio i contesti segnati dai processi di esclusione sociale ad essere i protagonisti delle varie esperienze di lavoro di comunità che si sviluppano progressivamente in varie parti del mondo e, soprattutto dagli anni Settanta, in maniera sempre più professionalizzata. Oggi il *community work* rappresenta una tipologia di intervento sociale a cui si ricorre in uno scenario di costante diminuzione delle risorse destinate al welfare e di aumento della complessità dei fenomeni sociali a cui le classiche risposte del lavoro sociale, specialmente il *case work* imperniato su individualizzazione, standardizzazione e unidirezionalità, faticano a rispondere (Folgheraiter 2018). Il lavoro di comunità può essere sintetizzato come uno specifico processo, sviluppato direttamente con e dai membri di una comunità, territoriale o di interesse, di riflessione sulle condizioni comuni della loro esistenza al fine di analizzare le esigenze, individuare le risposte più appropriate per soddisfarle e migliorare le condizioni di vita comunitarie (Payne 1995,

Calcaterra, Panciroli 2021). Al centro di questa definizione generale si situano alcuni elementi essenziali del lavoro di comunità: il lavoro è realizzato *con* e *dalle* persone direttamente appartenenti alla comunità, quindi i processi di conoscenza e coinvolgimento del tessuto comunitario rappresentano la base da cui partire e da coltivare progressivamente (Folgheraiter 2018); i problemi sociali affrontati sono soprattutto quelli a valenza collettiva, problemi cioè riguardanti una pluralità di persone, che possono essere più o meno consapevoli di essere toccate dalla problematica rilevata (Calcaterra, Panciroli 2021), e che dipendono dalle concezioni di benessere circolanti nella comunità; soprattutto in quei tessuti sociali maggiormente svantaggiati, questo tipo di lavoro richiede un supporto metodologico specifico, agito dall'operatore o operatrice professionista all'interno di un processo di reciproco *empowerment* basato sul riconoscimento della parzialità dei vari saperi in gioco e, quindi, della necessaria complementarietà tra conoscenze tecniche ed esperienziali (Raineri 2016, Folgheraiter 2018). Questi elementi sono utili a individuare una cornice più precisa del lavoro di comunità, spesso descritto attraverso termini apparentemente neutrali che qualificano significati e si traducono in esperienze più o meno affini. Come da tempo rilevato (Amit, Rapport 2002), quello di comunità risulta infatti un concetto seducente e al medesimo tempo scivoloso, suggerisce immagini "calde" e dalla comprensione quasi sempre data per scontata; può essere utilizzato retoricamente così come rappresentare una realtà di fatto, ma, quando lo si usa, «evoca un ambiente tranquillo, bucolico, dal ritmo lento, in armonia con la natura» e, per questo, «piace quasi a tutti» (Aime 2019: 9). La comunità è l'entità al centro di un processo non solo lavorativo, ma anche di sviluppo⁶⁶ e, per avvicinarci nuovamente alle parole emergenti dai campi di questa ricerca, di gestione (*community managing*) e mediazione (mediazione di comunità). Questi termini evocano una certa ambiguità circa la posizione della comunità in questi processi, in bilico tra l'essere un oggetto che necessita di essere riassembleato e organizzato e un soggetto che si costruisce proprio nello sviluppo di questi processi. Questo soggetto collettivo si compone quindi di più attori, in questo caso la popolazione locale, gli enti associativi, i servizi e le istituzioni locali, più o meno legati da un rapporto di reciproco riconoscimento e appartenenza multidimensionale. Non solo, quindi, una prossimità spaziale, in quanto, come ricorda Aime, anche se «di certo aiuta», «uno spazio comune non è sufficiente a creare una comunità» (2019: 53), ma anche una comune appartenenza a dimensioni normative e relazionali. Alla base di questa associazione vi sono dunque i legami sociali, il cui immancabile attributo è la fiducia, «una condizione che implica

⁶⁶ È frequente, infatti, l'espressione "sviluppo di comunità" come sinonimo di "lavoro di comunità".

aspettative di reciprocità sul lungo periodo» e che permette di andare oltre «la semplice soglia della speranza» (ivi: 36). La comunità, quindi, è un'entità «a geometria variabile» (Zanini 2019), da indagare attraverso una postura riflessiva e critica in grado di decostruirne una visione essenzialista e, contemporaneamente, riconoscerne i caratteri situati e idiografici. Tale postura è decisamente condivisa dalle figure maggiormente prossime ai territori in cui lavorano; nei racconti riguardanti il costante lavoro che la comunità richiede, spesso emerge la mutevolezza che la contraddistingue: «ecco, la fotografia di oggi, domani sarà esattamente l'opposto!» (intervista con Lucia, 4 settembre 2024). Le persone che compongono la comunità possono cambiare, così come gli enti associativi, le attività organizzate e i conseguenti impatti sul costante processo di costruzione della comunità:

La comunità va a tempo, si alza al mattino e la piazza al mattino è in un modo, il pomeriggio in un altro, la sera in un altro ancora. Poi ci sono gli eventi, poi ci sono un sacco di cose che modificano. E poi ci sono le persone. Ogni territorio è diverso uno dall'altro, non saranno mai uguali, non possono essere uguali perché sono diverse le persone, diverse le risorse (intervista con Monica, 5 agosto 2024).

La costruzione di legami di conoscenza e fiducia, alla base di un'associazione sociale che possa percepirsi e dirsi di comunità (Aime 2019), risulta quindi profondamente intrecciata al contesto socio-demografico in cui si sviluppa e assume un'ulteriore rilevanza in territori socialmente disgregati e marginalizzati (CSI 2022), come quelli in cui si radicano i progetti e i servizi di prossimità. La contestualità del lavoro di comunità risiede, quindi, tanto nella dipendenza dallo specifico territorio materiale e simbolico in cui il processo lavorativo si sviluppa, quanto dall'azione sul legame tra il soggetto, individuale e collettivo, e il suo contesto di vita. Le attività e il modo di funzionamento dei diversi progetti e servizi comunitari si adattano al territorio, alla sua conformazione sociale e ai fenomeni globali che si producono, mantenendo un costante approccio relazionale teso alla costruzione di un legame con le persone incontrate.

In [nome della zona], un dato di contesto: il consumo, anche i comportamenti devianti, quindi spaccio, criminalità, prostituzioni sono aumentati [...] in particolare per come [rileva] il nostro osservatorio qui, almeno da un anno e qualche mese a questa parte. Nel senso che è esploso proprio anche come [...] elemento caratterizzante della nostra funzione rispetto alle persone che consumano [...] la cornice dentro cui ci muoviamo è più grande di noi e ci sono dei fenomeni che non girano solo rispetto a quella che è la

conformazione dei servizi [...] sanitari o territoriali. [...] anche dopo la guerra in Ucraina con un'inflazione e tutta una serie di riflessioni rispetto al fatto che la vita, il tenore di vita o comunque sia ciò [di cui] che c'è bisogno per mantenersi è sempre più complesso, sia sul piano dell'affitto sia sul piano dei costi della vita.. non cambiano tanto gli stipendi (intervista con Viviana, 18 settembre 2024).

Nella mutevolezza degli accadimenti e delle specificità territoriali, l'articolazione del lavoro svolto soprattutto dalle operatrici sociali e dalle infermiere delle Microaree si compone di pratiche incentrate sulla costruzione di spazi relazionali in cui comprendere il territorio e gli attori che lo abitano, ri-conoscersi in un orizzonte di comune appartenenza, esplorare congiuntamente bisogni e desideri e individuare le risorse più appropriate per rispondervi. Ciascun processo richiede tempi lenti e una certa gradualità, «pic pic, come delle gocce» (intervista con Clara, 20 giugno 2024) che nutrono un terreno, e si compone di pratiche e termini che si differenziano dagli approcci più tradizionali in uso nei contesti assistenziali. L'incontro con le persone residenti, chiamate per l'appunto “abitanti” e non “utenti”⁶⁷, viene ricercato proattivamente, passeggiando per le strade e nei parchi della zona, frequentando bar, circoli ricreativi o attività già sviluppate da altri enti territoriali. Le persone a cui l'operatrice si riferisce sono dunque qualificate dalla loro appartenenza spaziale, a differenza del tipo posizione veicolata da termini come “utente” o “paziente”, dove l'identificazione dell'individuo risente della sua relazione, spesso unidirezionale, con il servizio sociale o sanitario. Nel lavoro di comunità, i primi confronti rappresentano spesso l'inizio di un legame di conoscenza e fiducia articolato in più fasi: “prima” c'è una conoscenza diretta tra l'operatrice e l'abitante descritta nei termini di un “aggancio” e incentrata sulla risposta a un certo bisogno (ad esempio di socializzazione o di orientamento ai servizi), “dopo” si sviluppa una relazione di “vera” prossimità che può “fiorire” a prescindere dalla riuscita dell'intervento di risposta al bisogno emerso e portare a processi di aggregazione comunitaria.

C'è un prima e un dopo secondo me, cioè inizialmente secondo me è un rapporto di convenienza da entrambe le parti, nel senso che io ti aggancio perché ho un obiettivo e quindi non è un, non inizio una relazione, una conoscenza con te scevra da aspettative o

⁶⁷ È da segnalare come, invece, il termine paziente sia stato utilizzato più volte da parte delle IFeC di Quartiere maggiormente impegnate in percorsi assistenziali individuali; questa pratica discorsiva risente, infatti, del principale contesto di formazione e strutturazione del lavoro di queste professioniste, ovvero quello dei servizi sanitari di matrice bio-medica, e del loro impiego in attività assistenziali in linea con le caratteristiche principali di questi servizi.

da bisogni [...] Cioè io non ti aggancio per il piacere di agganciarti ma perché sotto ho un.. [...] ho un mandato e allo stesso tempo la persona che viene agganciata o comunque la persona che entra in relazione con me, l’abitante che entra in relazione con me lo fa perché si aspetta un ritorno di qualche tipo che non significa economico ma che significa di facilitazione, di aiuto in qualcosa o anche solo di risposta a un’esigenza sociale magari legata a condizioni di solitudine, di fragilità e quant’altro [...] Dopo, una volta che ho una base di conoscenze singole, che in qualche modo mi riconoscono in maniera positiva perché ho già fatto qualcosa per loro, ho risposto a una necessità o comunque hanno visto che l’impegno c’è stato, anche se poi la risposta non è stata positiva, ci ha aiutato a costruire dei gruppi [...] con i quali poi si è innescato tutto più un processo interno trasformativo (intervista con Raffaella, 17 maggio 2024).

Il riconoscimento della figura dell’operatrice sociale rappresenta un punto cruciale dato che, a differenza di altri contesti come quello dell’intervento educativo nelle strutture di comunità chiuse, non vi è un accordo negoziato (il “patto educativo”) che istituisce formalmente il rapporto e il percorso congiunto tra professionista e utente. Nel caso dei servizi qui analizzati, tale accordo si configura nei termini più di un’”accettazione” dell’operatore da parte del/la cittadino/a, motivata dall’ascolto e dall’impegno dell’operatrice nel dare seguito ai desideri espressi dal/la cittadino/a e che si manifesta nel racconto di sé da parte di quest’ultimo/a al di là del bisogno specifico. La fiducia si costruisce nel momento in cui le attività proposte dall’operatrice, come uno spazio di ascolto individuale o una merenda collettiva, sono personalizzate, intercettano cioè i desideri percepiti dall’abitante e non i bisogni normativi “filtrati”, elaborati cioè sulla base delle capacità di ascolto e presa in carico dei servizi (Wright *et al.* 1998). Molte volte, però, l’esplorazione dei bisogni della popolazione locale può condurre verso spazi di azione che non sono praticabili dalla sola operatrice o dal solo abitante; nonostante ciò, la costruzione di una relazione di fiducia tra questi soggetti non si arresta, ma viene alimentata dal riconoscimento, da parte dell’abitante, dell’operato della professionista sulla base dell’intenzionalità del supporto e delle specificità della situazione affrontata.

Perché non è in qualche modo un utente configurato all’interno di una struttura dove c’è un percorso educativo che si concorda [...] ma è più un’offerta, come mi sento di dire, quella dell’operatrice, nelle attività, nelle varie forme. Un’offerta che viene lanciata e che l’adesione dall’altra parte c’è quando c’è fiducia, riconoscimento, rappresentanza, cioè

che si sentono rappresentati o comunque ascoltati nei bisogni, nella ricerca... (intervista con Lisa, 16 maggio 2024).

Secondo alcune prospettive, il lavoro di comunità può essere considerato un processo continuativo tra fasi affini e non lineari, quali «il supporto individuale», «il mutuo aiuto», «l'azione collettiva per uno scopo comune», «la partecipazione alla gestione dei servizi e nelle organizzazioni locali», fino al massimo della potenzialità che le autrici riconoscono nell'«attivismo per i diritti di tutte» (Jackson *et al.* 1989). Il «supporto individuale» è posto centralmente nel *continuum* ed è un passaggio dal quale, secondo le autrici, non è possibile prescindere per muoversi verso lo sviluppo di comunità, soprattutto per quel che riguarda i gruppi sociali più esposti a fenomeni di marginalizzazione. All'interno dell'ampio spettro di attività sviluppate da operatrici e infermiere, la costruzione di un legame con le singole persone si nutre, quindi, anche di pratiche di supporto individuali, di cui un esempio è offerto nel seguente estratto.

[...] con loro ho iniziato un percorso proprio di appoggio pieno, quindi abbiamo fatto la prima visita, il percorso [alla Casa della Comunità], sono riuscita a farli entrare un anno al centro Cadiat, sull'autismo, fargli avere il sostegno alla materna, perché il bambino era isolato, cioè vivevano in uno scantinato prima di venire qui... era isolato e guardava solo il telefonino in cinese, quindi il percorso con loro è stato tosto e continua tuttora, perché sono riuscita a fargli avere l'accompagnamento, fargli capire cosa significa avere un bambino autistico, cioè è stato difficilissimo per me (intervista con Clara, 20 giugno 2024).

Prenotazione di esami e visite, compilazioni di documenti, chiamate di raccordo con abitanti o professionisti/e, e tanto altro, rappresentano micro-azioni che compongono un articolato supporto rivolto direttamente alla persona e teso ad accompagnarla nella comprensione della propria situazione e dei passi da compiere. L'attività di orientamento ai servizi non si limita alla comunicazione delle informazioni o all'accompagnamento fisico a uffici e ambulatori, ma si amplia a una vera e propria costruzione di senso e significato dell'esperienza. Operatrici e IFeC svolgono quindi un lavoro preparatorio “dietro le quinte” estremamente importante - e, nel momento in cui la presa in carico non funziona, a volte anche successivo per tentare di individuare altri canali -, che passa sia attraverso una dinamica relazionale che per un supporto materiale.

[...] sono riuscita finalmente poi a portargliela, [sono] anche andata a prenderla e l'ho accompagnata, perché intanto la signora... andava convinta. Quindi nell'opera di convincimento ci stava che io dicessi: "guarda ma ci vieni con me se io prendo l'appuntamento e ti porto e ti porto a casa?". E lei mi aveva detto di sì, e quindi è andata così. Sono riuscita a portargliela, la cosa non è andata benissimo, perché lei è incappata in una delle psichiatre meno empatiche che ci siano e non è rimasta molto contenta (intervista con Valeria, 16 ottobre 2024).

Per alcuni cittadini e cittadine, specialmente quando sono più fragili/e e hanno un basso capitale socio-culturale, le figure di prossimità si impegnano anche in attività di advocacy e «mediazione per il medichese» (intervista con Paola, 29 settembre 2024), supportano cioè la mediazione tra questa e altri/e professionisti/e operanti in un contesto, come quello della visita medica specialistica, che non si adatta alle caratteristiche del paziente. A volte il supporto si realizza anche in attività di mediazione del contesto familiare o in quello comunitario, al fine di sollecitare l'attivazione di altri membri e condividere le responsabilità di cura.

Il fatto stesso di aver creato a chilometro zero l'economia circolare non è poca roba... oggi è stato il caso di un trapano di una signora che si sta trasferendo adesso e quindi già che non è neanche totalmente trasferita ha già avuto a che fare con un cittadino residente che ovviamente nel tempo insieme a noi diventerà già un suo punto di riferimento. E questa è la... come dire, è la forza della comunità. Cioè creare la comunità... (intervista con Lucia, 4 settembre 2024).

Operatrici e infermiere, quindi, supportano la comprensione, mediano linguaggi e mondi sociali, facilitano l'accesso a informazioni e servizi all'interno di un sistema che non garantisce la sicurezza di essere accolti e indirizzati adeguatamente alle risorse esistenti, ovvero in base alle proprie specificità e necessità.

L'individuazione delle risorse necessarie alla risposta dei bisogni emergenti si compone anche di un necessario lavoro di rete che implica lo sviluppo di un rapporto di reciproca conoscenza con servizi e corpi intermedi. Il coordinamento con altri/e professionisti/e, operatori e operatrici rappresenta un ulteriore tassello del lavoro di comunità: non solo questi sono attori strategici per affrontare la multidimensionalità dei fenomeni di sofferenza e malessere, ma sono soggetti da coinvolgere attivamente nella definizione della comunità. Più volte, tuttavia, è emersa la difficoltà di costruire un dialogo efficace con il variegato

panorama dei servizi, *in primis* con le figure sanitarie, come i Medici e le Mediche di Medicina Generale. La condivisione di informazioni e il monitoraggio dei percorsi di presa in carico di singoli/e abitanti si sviluppano con meno difficoltà con specifiche figure professionali che, per vocazione personale e impronta professionale, più di stampo socio-educativo che biomedico, riconoscono la rilevanza del territorio nei processi di salute e cura. Come già accennato nel paragrafo precedente, la costruzione di un patrimonio culturale fondato su una visione integrale della salute e sulla determinazione sociale di questa rappresenta una sfida costante nella quotidianità di operatrici e infermiere; molti sono i servizi, e relativi professionisti, arenati su una concezione della salute “a compartimenti stagni” delle persone che porta a non vedere, e quindi a non trattare, problemi e bisogni dei/lle pazienti che non rientrano nel proprio ristretto ambito di competenza. «Allora magari se trovi quella [professionista] che d’animo e di suo, ma perché è la sua qualità, si pone il problema per un altro, bene, e quindi magari cerca di risolvergli un problema. Ma se trovi quella che fa il suo, non gli puoi neanche dire niente, perché ha fatto il suo!» (intervista con Monica, 5 agosto 2024).

Il supporto individuale si lega necessariamente e strategicamente al più ampio rafforzamento della comunità come associazione di membri tra cui sussistono legami di riconoscimento e dinamiche di condivisione morale e valoriale. I processi attraverso cui rafforzare la costruzione comunitaria si concentrano sull’alimentare, in particolare, conoscenza, comunicazione e partecipazione degli e delle abitanti del territorio. Sulla base dei bisogni o dei desideri più ricorrenti tra la popolazione locale, attività ricreative a cadenza rituale, come laboratori di cucina, sport o aiuto compiti, si alternano a incontri dedicati alla comunicazione interpersonale e alla gestione dei conflitti; incontri di discussione sul pagamento delle bollette con operatori e operatrici dell’ente gestore di Edilizia Residenziale Pubblica si susseguono a incontri di educazione sanitaria⁶⁸ con le infermiere; oltre all’apertura di un gruppo Whatsapp, vengono realizzate assemblee a cadenza ciclica in cui confrontarsi su questioni che possono appartenere a scale diverse, dalla regolazione dello zucchero da mettere nel caffè all’individuazione di un regolamento di uso e abitazione dello spazio, ma che risultano

⁶⁸ L’educazione sanitaria è «un’attività volta a sviluppare in un determinato gruppo sociale atteggiamenti e comportamenti igienicamente positivi: atteggiamenti e comportamenti, cioè, che nelle manifestazioni con cui gli individui appartenenti al gruppo affrontano la propria vita ed i rapporti col resto della società - in particolare con il personale specializzato, con le autorità e con le istituzioni che direttamente o indirettamente svolgono attività sanitariamente significanti - si dirigano al raggiungimento dello stato massimo di benessere biologico (nel più organico significato dell’espressione) realizzabile entro il quadro sociale (storico) ed ecologico in cui il gruppo si muove. La *educazione sanitaria* costituisce quindi un tipo specifico di *intervento igienico* e più in generale un tipo specifico di *intervento sanitario*. Ancora più in generale un tipo specifico di *intervento sociale*» [corsivi in originale] (Seppilli 1959).

accomunate da una costante cura dei processi partecipativi e da una tensione verso un “miglior stare assieme”. Decidere e svolgere delle attività, sia associative che deliberative, insieme, realizzarle in modo rituale, con ritmi cadenzati e continuativi, permette a cittadini e cittadine di conoscersi, confrontarsi, sviluppare un senso di familiarità che porta al dispiegamento di piccoli gesti quotidiani che contribuiscono a creare un intreccio di racconti in cui si stimola lo sviluppo di una partecipazione di ciascuno/a alla vita degli altri (Gallio, Cogliati Dezza 2018).

Invece attraverso una serie di incontri fatti da me con [...] gli abitanti. Adesso siamo arrivati alla revisione [del regolamento], nostra scrittura, scrittura degli abitanti, revisione [della committenza] e restituzione agli abitanti. Dobbiamo arrivare alla chiusura e la presentiamo al Comune come frutto della sperimentazione (intervista con Clara, 20 giugno 2024).

[...] Chi partecipa mangia e poi pulisce e sta insieme, facciamo il caffè. Quindi c'è anche un senso di voglia di casa, in molti casi diciamo io qui posso prendere il caffè con la tazzina, c'è anche una questione di ritualità che riguarda la comunità, quindi la ritualità del caffè [...], c'è un sistema che viene trasmesso sia di valori, sia di regole, sia di senso su come utilizzare lo zucchero, utilizzare il caffè, quanto caffè mettere all'interno della tazzina.. sono tutte assemblee perché prova a immaginare cosa succede quando una persona riempie il caffè, si fa la moka quasi per sé e gli altri otto dicono “vabbè però come facciamo se uno si riempie tutta la tazzina?”. E quindi si è fatta un'assemblea sulla misura del caffè che può sembrare una sciocchezza ma è un tema molto importante per allinearsi (intervista con Viviana, 18 settembre 2024).

La partecipazione a contesti deliberativi e decisionali necessita, infatti, di una sorta di “allenamento” costante di conoscenza e confronto con le altre persone partecipanti e dell'individuazione di norme simboliche e materiali condivise su cui costruire processi a cui possano accedere e partecipare efficacemente tutte le persone, specialmente quelle più svantaggiate. Anche in questo caso, la postura dell'operatrice è tesa a una riflessione continua e sfaccettata sulle pratiche e sui significati veicolati, dalla lingua in uso al tipo di dispositivo partecipativo, al fine di includere le prospettive di tutti gli attori coinvolti.

Si interrogano sulla partecipazione all'assemblea perché vanno sempre gli stessi 7-8 e sono quasi tutti italiani. Diciamo il 75%, quindi il coinvolgimento delle persone straniere è difficile su quel tipo di partecipazione. E c'è magari su altro, la partita di calcetto la

sera, il tè insieme, la festa, per esempio c'è questa famiglia che ti dicevo che organizza un barbecue gigante una volta al mese per tutti, compra carne come se piovesse e invita tutti.. ognuno ha la sua modalità. L'importante è che la riconosca, cioè che la signora sessantenne che legge Il Domani e che vorrebbe che qui tutti quanti facessero il cineforum con dibattito finale, riconosca che quella è partecipazione (intervista con Clara, 20 giugno 2024).

L'obiettivo ultimo che si compone dei passaggi precedenti, concepita idealmente come «la parte finale, quella a cui si arriva» (intervista con Lisa, 16 maggio 2024), è quindi quello della costruzione di una comunità fondata sull'interdipendenza tra prossimità spaziale e relazionale. Evocato da espressioni come «fare balotta» (intervista con Lisa, 16 maggio 2024) o «riappropriazione degli spazi da parte della comunità» (diario di campo, 16 luglio 2024), il lavoro di costruzione di comunità rappresenta l'essenza del ruolo di molte operatrici sociali e infermiere: «questo obiettivo da raggiungere per fare in modo di arrivare a far sì che ci sia un momento [...] di star bene assieme, comunitario, è quello che vedo di più, rispecchia la professionalità lavorativa» (intervista con Lisa, 16 maggio 2024). Il potenziamento della comunità, nel suo farsi relazionale, rappresenta quindi l'orizzonte a cui tendere, oltre a costituire in un certo senso anche il punto di inizio, dato che all'interno di una supposta comunità esistono sempre dei «residui di relazioni esistenti» (Folgheraiter 2018: 10) che l'operatrice è chiamata a ricercare. Il punto di arrivo rimane lo sviluppo di un microcontesto di cura basato sul potenziamento del capitale sociale comunitario, coltivato con lentezza attraverso un agire di prossimità, quindi un'estrema e continuativa vicinanza che alcune autrici definiscono «il potere della microarea» e di esperienze affini (Gallio, Cogliati Dezza 2018). Dimensioni materiali ed emotive si intrecciano nella costruzione di percorsi di responsabilità e cura multidirezionali che ambiscono a trasformare il terreno in cui le condizioni di vita si dispiegano, verso la fioritura di nuovi frutti, quindi un migliore e condiviso benessere, inteso secondo le lenti del paradigma della promozione della salute che coinvolge anche le stesse operatrici e infermiere. Sebbene le condizioni politiche ed economiche in cui il lavoro di comunità e prossimità si produce siano caratterizzate da una costante precarietà e questo tipo di lavoro esponga l'operatrice a diversi interrogativi e incertezze, l'immersione nella comunità per molte professioniste rappresenta un «antidepressivo lavorativo» (comunicazione personale, diario di campo, 11 ottobre 2023). Tale vissuto si differenzia dall'esperienza lavorativa in contesti di produzione di comunità a breve termine, come le strutture di transizione abitativa, o incentrati unicamente su una gran

mole di singoli individui da assistere, dove le operatrici talvolta si costringono «a mettere il paraocchi» per non vedere ciò di cui non possono occuparsi (intervista con Silvia, 5 agosto 2024). La costruzione di questi vissuti si lega al contrasto esistente tra una consapevolezza del legame inscindibile tra contesto sociale, salute e malattia e la sua scarsa diffusione. La maggior parte delle persone seguite dalle IFeC nei diversi Quartieri sono, come vengono definite nel gergo socio-sanitario, “casi complessi”, ovvero persone che presentano costanti comorbidità, sono affette cioè da più patologie contemporaneamente; nel registro più colloquiale usato durante le interviste, queste persone sono descritte più come “casi disperati”, cioè persone le cui esperienze di malattia si sviluppano in un contesto sociale profondamente lacerato e per le quali l’unica rete di supporto è quella assistenziale. Seppur fondamentale, la cura di tipo assistenziale da sola non è sufficiente per la persona direttamente interessata, specialmente quando non agisce sulla rete dei determinanti sociali da cui molte patologie originano (come isolamento e precarietà economica). Per l’operatrice o infermiera di prossimità, l’applicazione di un approccio miope e di breve termine, in quanto riferito solo al trattamento bio-clinico delle patologie, si scontra con il difficile tentativo di mettere in atto un processo di cura diverso, più radicato territorialmente e mirato alle condizioni di vita della persona seguita, ma che ricade quasi esclusivamente sulle proprie spalle. Da qui, un contesto comunitario, più eterogeneo rispetto ai soli e individuali “casi disperati” e caratterizzato da dinamiche di responsabilità di cura condivise, si può qualificare come “antidepressivo lavorativo”.

Come ricordato in diversi contributi raccolti nel volume curato da Gallotti e Tarabusi (2024), più attributi del lavoro di comunità presentano un alto grado di affinità con l’esperienza di ricerca antropologica: non solo multidisciplinarietà e multiattorialità sono necessarie per analizzare e affrontare adeguatamente fenomeni sociali complessi e multidimensionali, ma anche cura di processi, quali la ricerca e la costruzione di forme relazionali collaborative, che richiedono di aspettare, stare nell’incertezza e rispettare i tempi di “lievitazione” (Folgheraiter 2018). La gestione di questi elementi richiede particolari competenze, *in primis* relazionali, emotive e riflessive, utili, o meglio necessarie, alla costruzione di posizionamenti, propri e altrui, come quello di una ricerca-azione o di una comunità in divenire, che si desiderano sempre più affollati.

2.4 - Formazioni

Ti dico che appunto io ero stanca di fare l’infermiera domiciliare, mi ero stancata proprio

di fare sempre le stesse cose. Soprattutto di non trovare, questa è stata una motivazione, di non trovare, di non dar seguito a quello che io vedevo e coglievo quando entravo in certe case. Banalmente anche con un semplicissimo prelievo vedevo una persona una volta e constatavo che si trovava in una situazione pietosa e diciamo: “ma questo qua non lo aiuta nessuno?”. Eh però non potevo fare niente, che avevo i minuti contati, dovevo andare da quell’altro, capito? (intervista con Valeria, 16 ottobre 2024).

Come abbiamo visto nelle pagine precedenti, il lavoro di comunità sviluppato tramite un approccio di prossimità sfida le rappresentazioni, le pratiche e i processi di presa in carico più abituali e incentrati su elementi unidimensionali, prospettive a breve termine e individui concepiti come monadi. La costruzione di una comunità territoriale di cura, intesa come una forma relazionale tra attori socialmente significativi che partecipano attivamente nell’elaborazione innanzitutto del significato della propria esperienza e dei propri bisogni, sulla cui base poi definire le strategie di cura (Quaranta 2020, Napier *et al.* 2014), richiede una prassi relazionale approfondita. La produzione dello spazio tra operatrici, infermiere e persone abitanti si dà attraverso una combinazione di diversi strumenti e competenze, che, su suggerimento di Merhy e Franco (2006, 2013), potremmo distinguere tra tecnologie dure, semi-dure e leggere⁶⁹. Le prime riguardano gli strumenti predefiniti che “catturano” il lavoro creativo dell’operatrice, di cui un esempio è dato dagli applicativi digitali di registro delle informazioni o dai dispositivi di misurazione del tempo lavorativo; le seconde si riferiscono alle conoscenze che maggiormente strutturano lo sguardo dell’operatrice e definiscono il mondo sociale e i bisogni della persona incontrata, quindi a discipline come la sociologia o la pratica assistenziale prestazionale; infine, le tecnologie leggere sono quelle di stampo preminentemente relazionale che vengono coinvolte nella produzione della relazione di accettazione, riconoscimento e responsabilità. Se anche nel caso del lavoro comunitario vi è una compenetrazione tra le tre, una posizione di rilievo è assunta soprattutto delle ultime due. Per quanto riguarda le tecnologie semi-dure, le formazioni disciplinari, quasi sempre sviluppate in percorsi universitari, che contraddistinguono il lavoro delle figure di prossimità qui analizzate sono particolarmente variegata: sociologia, discipline infermieristiche, antropologia, filosofia, urbanistica, scienze dell’educazione, semiotica, psicologia, scienze giornalistiche concorrono a creare un ricco corpus di conoscenze e pratiche che interagiscono

⁶⁹ Questa distinzione si sviluppa all’interno di un’analisi micropolitica dei processi di produzione della cura di ispirazione marxista e si basa sul rapporto esistente tra il lavoro vivo in atto, cioè il lavoro creato dal coinvolgimento attivo, affettivo e soggettivo del/la lavoratore/trice, e il lavoro morto, ovvero il lavoro già dato e prodotto da una precedente attività umana.

in maniera mutevole a seconda delle condizioni organizzative del progetto o servizio. Nonostante l'immaginario comune sul/la professionista che svolge questo tipo di lavoro sia focalizzato soprattutto sulla figura dell'educatore o educatrice, in virtù della materia prima del lavoro educativo, cioè la relazione, il panorama del lavoro comunitario appare più variegato. In linea con le suggestioni di Zanini (2024), tra le esperienze formative di stampo universitario più apprezzate per la realizzazione di un lavoro di comunità si situano proprio quelle di ambito antropologico e sociologico; se per alcune è considerato quasi come una sorta di "formazione di base" per questo tipo di impiego, dati i rimandi tra alcune delle posture di queste discipline (coinvolgimento, co-costruzione, lettura sistemica e critica) e il tipo di lavoro (sul campo, di relazione, di rete), per altre non è sufficiente a uno sviluppo operativo del concetto di comunità.

Ho trovato poi una posizione aperta come [operatrice] sul quartiere [...] perché ho pensato che il mondo [del terzo settore] in qualche modo potesse essere un campo dove poter provare a portare sul campo quanto ho appreso e studiato in antropologia e [...] mi sembrava molto interessante perché mi ricordo che parlava di creazione di rete, coinvolgimento di comunità migranti ooo eh aspetti legati all'entrare in relazione con le persone e provare partendo dal basso a co-costruire qualcosa. Quindi mi sembrava una roba dove potessi portare un po' quello che avevo studiato, quello che mi interessava dell'antropologia (intervista con Raffaella, 17 maggio 2024).

Penso che sia fondamentale partire da una base di studi che riguarda il sociale in senso lato. Nella mia persona prima di tutto, perché in qualche modo reputo la competenza della riflessività, l'ottenere una riflessività di un certo tipo rispetto alle dinamiche, cioè il perché delle cose, il fatto di domandarselo [...]. Nel mio percorso di studi ho avuto filosofia, la quale, malgrado non abbia una rilevanza netta forse su certi aspetti, dall'altra parte invita a una riflessività critica e questo penso che sia il pane quotidiano, una base di partenza fondamentale per questo lavoro. Stessa cosa l'antropologia che ho incontrato nel percorso di studi, cioè l'aprire gli orizzonti delle possibilità, e penso che questo possa venire da diversi percorsi (intervista con Lisa 16 maggio 2024).

[...] non avevo una formazione, cioè venivo dalla mia formazione è stata appunto antropologia e poi filosofia [...] quindi il discorso "le comunità" inteso nel senso in cui potremmo intenderlo adesso non ce l'avevo (intervista con Elisa, 24 giugno 2024).

Alla carenza generale di percorsi adatti a una formazione più professionalizzante si aggiungono anche le, talvolta scarse, formazioni offerte da molti degli enti di appartenenza delle diverse operatrici. Anche in questo caso il panorama appare eterogeneo, tra chi beneficia di approfondimenti sul trauma, la violenza di genere, la gestione delle emozioni, la psicologia dei gruppi, e chi affronta perlopiù temi come il colloquio motivazionale e la valutazione di impatto. Di fronte alle lacune percepite e alla ricerca di un connubio più stretto ed efficace tra il “sapere” e il “fare”, le varie operatrici reagiscono in modi eterogenei. Alcune decidono di intraprendere altri percorsi formativi riguardanti perlopiù contesti esterni a quelli dell’ente di appartenenza, ma che, se non riconosciuti da parte di questi ultimi, non vengono svolti facilmente, gravando sul già precario equilibrio tra lavoro e vita personale, o vengono abbandonati. Lo sviluppo di processi di nutrimento e riflessione collettiva su ciò che emerge dall’operatività si configura come una modulazione della prossimità esperita, una sorta di “giusta distanza” necessaria per poter osservare ciò che si sta realizzando processualmente, proprio come in un processo di ricerca e, soprattutto, di *action-research*.

È chiaro ehh che con, fare questo lavoro c’è tutto un percorso anche di formazione, si fanno delle formazioni che consentono anche di.. avere una conoscenza teorica, però nel mio caso viene assolutamente prima l’esperienza sul campo e poi un approfondimento di quanto ho appreso... nella teoria. Cioè trovare il riscontro di solito no, quello che si fa è studiare la teoria per poi trovare il riscontro nella pratica, nel mio caso invece è proprio un praticare per poi trovare un riscontro nella teoria (intervista con Sara, 1 ottobre 2024).

Un’educazione permanente, seppur non venga adeguatamente sostenuta dall’offerta formativa dai diversi enti implicati (cooperative, Comune, Università), viene comunque ricercata dalle singole professioniste, le quali spesso si appoggiano al confronto informale tra colleghe o a repertori conoscitivi e operativi sviluppati in altri tipi di contesti formativi. Gli scambi con le proprie pari, cioè le colleghe, e gli apprendimenti maturati in attività esperienziali contribuiscono a mettere in discussione e relativizzare la propria visione, quindi a costruire un metodo di lavoro considerato particolarmente rilevante nella mobilitazione di relazioni e nella costruzione partecipativa di norme e valori.

[...] lo scoutismo in generale mi ha dato una chiave di lettura cheee non avevo. Cioè che nelle dinamiche relazionali quando si veicolano o comunque si portano dei valori, un metodo, una teoria dietro è necessaria, per non cadere nel personalismo, ok, di come quello che per me è giusto deve essere giusto, nel cambiare un po’ l’orizzonte di vista e

nell'avvicinarmi soprattutto. Poi l'università sicuramente [...] In queste esperienze poi ci sono state esperienze di microformazioni [...] incontri lavorativi, esperienze di altri colleghi (intervista con Lisa, 16 maggio 2024).

Tante cose eh, diciamo che mi hanno aiutato per questo lavoro, tante cose, sia personali della mia famiglia, perché devo dire che una buona mano me l'ha data mia mamma [...] che però [sorride e sospira] era una persona molto richiestiva eee con tutte le patologie del mondo. [...] Quindi anche lì esperienze sul campo tipo accompagnare alle visite, ecco siamo partiti da lì. Poi anche non so trovare soluzioni a problemi che si presentavano sempre di volta in volta, anche lì parto da una mia esperienza personale... (intervista con Valeria, 16 ottobre 2024).

Il ricco e sfaccettato patrimonio di conoscenze e competenze mobilitato da operatrici sociali di prossimità e infermiere si nutre quindi di repertori che intrecciano cura e partecipazione, operatività e riflessività. Accanto alle conoscenze di natura principalmente tecnica sviluppate in contesti formativi riconosciuti formalmente, come le università, si situano quindi quelle maturate esperienzialmente; sebbene non godano della medesima valorizzazione, tali conoscenze derivanti da un'esperienza diretta e incarnata dell'argomento rappresentano una fonte preziosa per molte professioniste.

Alla luce di quest'analisi, le prossime pagine sono dedicate all'esplorazione di una possibile guida delle competenze processuali del/la lavoratore/trice di comunità e prossimità, costruita sulla base delle specificità di questo tipo di lavoro, degli interrogativi e delle fatiche incontrati dalle operatrici sul campo. Si tratta di una struttura generale che, se mai uscisse da queste pagine e venisse calata in ipotetici contesti di formazione-intervento, richiederebbe necessariamente di essere ri-contestualizzata con argomenti inerenti le peculiarità dello specifico territorio e le esigenze percepite da chi è chiamato o chiamata a lavorarci.

Partiamo dalle competenze culturali, solitamente richiamate soprattutto quando il tipo di contesto in cui andare a operare è caratterizzato da una presenza consistente o prevalente di persone con background migratorio, come è il caso della maggioranza delle aree in cui sussistono i progetti e servizi qui analizzati. Nonostante la persistenza nel senso comune di questo immaginario che connette cultura, salute e identità percepite come altre da sé (Marchetti 2024), da tempo gli studi antropologici hanno messo in discussione l'esclusività di questa connessione, comprendendo nell'analisi di questa relazione ogni tipo di contesto umano (Napier *et al.* 2014). La competenza e la comunicazione interculturali si riferiscono quindi alla comprensione dell'insieme di concezioni e pratiche relative alle cause, allo

sviluppo e alle conseguenze di una malattia, o più generalmente di un fenomeno problematico che mette in discussione l'esistenza di una o più persone, nonché a un percorso di cura efficace, alla capacità di agire e alla comunità di cura in cui la persona è inserita (ivi: 9). È nella coltivazione di un confronto in cui far emergere questi elementi e affrontare i modelli esplicativi degli attori in gioco, ricordano gli autori e le autrici, che risiede quindi una competenza culturale, una competenza, quindi, non solo attenta alle percezioni, ai significati e alle pratiche di salute e malattia, ma anche un saper creare i contesti attraverso cui questi elementi possano emergere. Si tratta, in definitiva, di una competenza che passa anche dalla creazione di relazioni sociali significative (*ibidem*) e che si nutre della riflessività dei soggetti. In questo senso, competenza culturale e competenze relazionali risultano estremamente intrecciate.

Come sarà oramai - spero - ben chiaro, il nucleo più consistente degli strumenti e delle conoscenze mobilitato da infermiere e operatrici sociali di comunità risulta quello delle tecnologie leggere. Il lavoro di comunità, abbiamo visto nel precedente paragrafo, rappresenta uno specifico tipo di lavoro sociale sostenuto dall'approccio teorico-metodologico del *relational social work*, i cui principi sono la reciprocità e la partecipazione (Calcaterra, Panciroli 2021). Più e più volte nel corso delle interviste, le operatrici hanno puntualizzato come il cuore del lavoro di comunità sia rappresentato dalla costruzione di relazioni sociali e dall'accompagnamento di processi di collaborazione e coinvolgimento, un saper-fare, sottolinea un'operatrice, che «richiede molta delicatezza» (intervista con Elisa, 26 giugno 2024). Le relative competenze, spesso chiamate per l'appunto "relazionali", rappresentano quelle più richiamate e uniformemente distribuite nelle rappresentazioni condivise tra queste professioniste. In questa categoria di uso comune rientrano in particolare l'ascolto attivo, la lettura dei contesti, la riflessività e la gestione delle emozioni, proprie e altrui. Come raccontato dalle stesse operatrici e infermiere, i vissuti sono contraddistinti da molte emozioni, tra cui anche timore e ansia, che prendono forma tanto nei contesti relazionali individuali quanto in quelli più collettivi. La costruzione di una relazione di fiducia con le abitanti si basa su una personalizzazione bidirezionale, in quanto da un lato l'operatrice adotta un approccio personalizzato, quasi "ricamato" in base al vissuto della persona che ha di fronte; dall'altro lato, quella relazione sussiste proprio perché da parte dell'abitante c'è un riconoscimento della persona oltre che del ruolo, quindi è l'operatrice con il suo nome proprio ad essere individuata e coinvolta⁷⁰. L'identità professionale e quella personale rientrano quindi

⁷⁰ Si pensi, ad esempio, all'avvio della prima Microarea di Piazza dei Colori: questa venne presentata con il nome di "Piacere, Sonia", veicolando una sovrapposizione tra l'IFeC referente e il progetto nel suo complesso.

nella costruzione del legame, producendo un equilibrio incerto tra questi due ambiti; di fronte a questa ambiguità, le figure di prossimità modulano il racconto di sé, spesso mettendo in luce quegli aspetti che potrebbero stimolare processi di avvicinamento e riconoscimento con le persone abitanti e oscurando quelli che vengono percepiti come potenzialmente compromettenti la relazione di fiducia, sulla base della legittimazione morale che accompagna le diverse sfaccettature dell'identità sociale di una persona, come l'orientamento politico, sessuale o religioso.

È sempre una relazione però filtrata, io non sono, nella mia professionalità sono al 100% libera e trasparente con tutti e tutte, però è chiaramente una parte di quello che sono e che decido di mostrare [...] ci sono aspetti per i quali mi sento di dover mettere in qualche modo un filtro, una maschera da un certo punto di vista perché le implicazioni sfonderebbero troppo nel personale e poco nel professionale. [...] Porre dei confini, non di difesa ma di delimitazione di alcuni spazi del sé che non vengano percepiti dall'altro però come delle zone d'ombra che ti voglio nascondere perché non sono una persona affidabile, sincera o perché.. ti vogliono imbrogliare in qualche modo, quindi essere capace io in quanto mediatrice, in quanto figura professionale del mostrarmi il più trasparente, il più aperta possibile però andando a chiudere, a nascondere, a compartimentare delle zone, delle parti che non posso mettere in campo. Eee l'aspetto del contatto è una parte molto da costruire, da non dare per scontato (intervista con Raffaella, 16 maggio 2024).

La modulazione dei confini tra personale e professionale risulta necessaria anche in virtù dell'intenso coinvolgimento della figura di prossimità nelle storie e nelle traiettorie di vita delle persone incontrate. Nelle parole di alcune intervistate, questo tipo di implicazione viene descritta come come “vaso emotivo” che può “contenere” un coinvolgimento limitato o come un “invischiamento” da affrontare adeguatamente. Di fronte a questo rapporto delicato, alcune professioniste si sentono lasciate sole, in quanto non formate adeguatamente sulla gestione delle emozioni e delle relazioni o perché l'ente da cui dipendono elabora dei dispositivi di supervisione ritenuti quantitativamente e qualitativamente insufficienti; altre costruiscono forme di tutela attraverso il confronto con le proprie colleghe e la ri-condivisione delle responsabilità di cura e dei carichi di lavoro. Nella quotidianità del lavoro di prossimità e comunità, ciò che si realizza, come dice Laura, è una «fisarmonica», una «danza» che sposta costantemente la priorità tra la tutela del proprio benessere e quello delle persone con cui si interagisce:

I rischi del nostro lavoro ci sono, è un lavoro a rischio, rispetto all'invischiamento psicologico, emotivo, e quindi bisogna fare attenzione alla valutazione del bilancio dei carichi di lavoro [...]. Sul tema dell'invischiamento, quindi forse della salute, più degli operatori, è un grande tema, per noi è molto importante, quindi cerchiamo di tutelarci. Ed è una fisarmonica, una danza, insomma, su cui tendiamo più a stare sulla persona, sui bisogni delle persone, ma anche sui bisogni dell'équipe (intervista con Laura, 1 ottobre 2024).

Accanto alle relazioni con le singole persone, le inquietudini emotive si producono anche nei contesti più collettivi, in particolare durante lo sviluppo di quei processi partecipativi che, come indica il significato più profondo di questo concetto, prevedono una redistribuzione del potere (Ponsford *et al.* 2021, Popay *et al.* 2021). Lo svolgimento delle assemblee finalizzate alla discussione sulle norme di convivenza negli spazi e nelle attività di alcuni progetti, ad esempio, hanno esposto le operatrici a una valutazione, da parte delle persone abitanti, del loro operato; come descritto da un'operatrice, «ricevere dei feedback» è stato tanto «arricchente» quanto «impegnativo» (intervista con Laura, 1 ottobre 2024). La messa in discussione del proprio posizionamento e del potere rivestito e agito, oltre a rappresentare un processo centrale del lavoro di comunità e di costruzione della propria soggettività professionale, richiede quindi un attento ascolto di sé e del proprio vissuto; un processo, quindi, in cui le emozioni si distinguono come veri e propri indicatori e amplificatori delle relazioni sociali in divenire (Pussetti 2005).

L'esercizio delle competenze relazionali assume quindi una decisa rilevanza sia al fine di tutelare il benessere della professionista, sia in quanto componente essenziale del lavoro di comunità. Per ciò che concerne lo sviluppo di relazioni di conoscenza e fiducia con gli attori comunitari, questo tipo di sapere si manifesta nell'uso delle parole “giuste”, nell'esercizio di un ascolto profondo connotato da una presenza corporea, quindi dal contatto visivo e da una vicinanza fisica, così come da una rilettura di quanto condiviso da parte della persona, tesa sia a evitare fraintendimenti interpretativi sia ad affinare quei bisogni non manifestati esplicitamente da parte dell'interlocutore.

[ci vuole] lucidità nel senso di capire bene i momenti, le occasioni cioè le occasioni in cui poter proporre una certa cosa, le occasioni in cui ti stanno dicendo qualcosa non so in sordina che magari non è così esplicito, e anche la lucidità di saper cogliere no queste cose (intervista con Elisa, 24 giugno 2024).

Contemporaneamente, però, è necessario evitare una postura che sovradetermini i bisogni altrui, che riproduca una dinamica assistenzialista e, in definitiva, un rapporto che toglie potere al cittadino (“prescrivere la ricetta”) invece di accompagnarlo nella ri-appropriazione del proprio sapere.

Invece di quello che si dice [...], cioè il migliore esperto di se stessi è la persona stessa..
cioè se non è valorizzata così la persona all'interno del [lavoro di comunità], diventa un grosso rischio. Cioè si rischia di andare a.. posizionarsi con scarto, dove io sono detentore del sapere e so in verità qual è il tuo essere. [...] la lettura interpretata ci sta secondo me.
Ma che questo avvenga senza prendere in considerazione la posizione dell'altro...
(intervista con Lisa, 16 maggio 2024).

Una lettura interpretata e non prescrittiva viene sviluppata attraverso quella capacità riflessiva profonda e critica che riguarda sia il sé quanto l'altro. Oltre che alla ricomposizione del legame tra individui, comunità e dinamiche sociali più ampie, la riflessività si riferisce alla comprensione degli accadimenti attraverso l'elaborazione del proprio vissuto, l'adattamento dei propri comportamenti a seconda delle condizioni contestuali e del proprio posizionamento all'interno di un processo di fondamentale redistribuzione del potere. Se la costruzione di legami sociali si fonda su una gestione consapevole dell'ascolto, tuttavia, non può fermarsi alla raccolta dei vissuti e dei bisogni: più operatrici hanno ribadito, infatti, che l'ascolto deve essere finalizzato ad un'azione trasformativa, coinvolgendo le persone direttamente interessate. Le competenze relazionali emergono quindi come competenze sociali in cui il riferimento all'ambito relazionale è duplice: da una parte come un saper fare che si dispiega nell'ambito interpersonale e tesse un legame di conoscenza e fiducia con la persona; dall'altra come competenza in grado di favorire l'inclusione delle relazioni di cui la persona è partecipe nella comprensione della sua esperienza di vita, nonché nello sviluppo di un percorso di cura fondato sul “diritto al significato” e finalizzato all'azione sulle sue condizioni di vita (Quaranta 2020). Questa relazionalità ovviamente si applica non solo alla dimensione individuale, ma più ampiamente anche a quella collettiva; ogni fenomeno sociale, e in particolare quelli riguardanti salute e malattia, prevede il coinvolgimento di più attori significativi, che devono essere inclusi nel processo di problematizzazione a partire dall'analisi delle loro esperienze, delle relazioni che operano tra di loro, delle rappresentazioni e, soprattutto, delle pratiche sviluppate (Aguirre 2016). In questo senso le

competenze relazionali si intersecano alle competenze strutturali, ovvero quelle competenze tese alla comprensione dei legami tra singoli, comunità e forze strutturali che influenzano diseguali percorsi ed esiti in salute. A tal proposito, Metzl e Hansen (2014: 5), definiscono la competenza strutturale come

L'abilità allenata nel discernere come una serie di problemi definiti clinicamente come sintomi, atteggiamenti o malattie (ad es. depressione, ipertensione, obesità, fumo, non aderenza al trattamento, trauma, psicosi) rappresentino anche le implicazioni a valle di diverse decisioni a monte su questioni quali i sistemi di assistenza sanitaria e di fornitura di cibo, le leggi urbanistiche, le infrastrutture urbane e rurali, la medicalizzazione, o persino sulle stesse definizioni di malattia e salute (trad. mia).

Questa abilità rappresenta il fulcro di un paradigma emergente teso alla creazione di un linguaggio comune per affrontare i processi strutturali che determinano le disuguaglianze in salute e la loro normalizzazione (Martínez-Hernández, Bekele 2023). Pensato primariamente per la formazione dei professionisti e delle professioniste sanitarie (*ibidem*), questo paradigma risulta in realtà particolarmente utile a una ben più ampia platea di figure professionali di stampo sociale ed educativo potenzialmente impegnate in processi di promozione della salute. Nato sulla scia della problematizzazione di una pedagogia focalizzata unicamente sulla competenza culturale, quindi incentrata sulla sola comprensione culturale delle espressioni di salute e malattia a livello individuale, il paradigma della competenza strutturale si è strutturato via via grazie a molteplici fonti: diverse tradizioni disciplinari, tra cui la salute collettiva e l'epidemiologia sociale e critica, teorie critiche, come quella gramsciana e quella femminista, e questioni esplorate dall'antropologia medica, come l'analisi olistica e la denaturalizzazione delle iniquità (*ibidem*). Ciò che viene delineato è un sapere che si concentra sia su un corpus articolato di conoscenze specifiche, ma anche su una serie di attitudini e sensibilità da esercitare, come la riflessività e l'umiltà epistemica (*ibidem*), cioè il riconoscimento del carattere limitato del tipo di conoscenza appresa, da espandere nell'incontro con l'altro. L'indagine del ruolo esercitato dalle strutture sociali, economiche e politiche si diffonde a ogni ambito della produzione di salute e malattia, quindi agli esiti in salute, al vissuto e ai comportamenti degli attori sociali in gioco (pazienti, utenti, abitanti, professionisti/e), alle interazioni e decisioni sui percorsi di cura, all'elaborazione di strategie di contrasto alle disuguaglianze (Metzl, Hansen 2014). Come suggerito dall'autrice e dall'autore, l'approfondimento delle competenze strutturali richiede di affrontare alcuni

costrutti, come violenza strutturale, vulnerabilità strutturale e agency (*ibidem*). Nello sguardo sviluppato dalle operatrici sociali, tali costrutti sono ben presenti, in particolare in relazione alla decostruzione di una presunta neutralità del proprio ruolo e alla produzione di una comprensione della persona in base a un'articolazione tra livelli micro (i comportamenti della persona e gli accadimenti che si sviluppano nella sua traiettoria di vita) e macro (i condizionamenti strutturali) dell'esistenza.

[...] un'attitudine mentale, cioè la capacità di riuscire un po' a leggere il contesto più macro e poi riuscire a zoomare nel micro, quindi senza tralasciare la struttura attorno, la cornice attorno ma riuscendo poi a leggere anche le situazioni nel piccolo intrecciandole però fortemente con anche la cornice più ampia in cui sono inserite [...] riconosce[re] sia l'agentività che forme di però anche in qualche modo condizionamento da fattori esterni.. è quello che mi aiuta sempre a tenere secondo me un buon posizionamento quando sono in relazione con la persona, cioè riesco a riconoscere la fragilità e allo stesso tempo però un po' il potere d'azione che porta la persona che ho davanti (intervista con Raffaella, 17 maggio 2024).

La comprensione di una mutua compenetrazione tra processi di infragilimento e coltivazione del potere d'azione del singolo e della comunità si lega quindi alla costruzione di relazioni, tra abitanti e operatrici o infermiere, ben lontane dall'essere scontate o scevre da costanti interrogativi. Ciascun rapporto è da definire e trasformare nella consapevolezza che l'obiettivo è costruire qualcosa insieme "dal basso", in una situazione relazionale comunque caratterizzata da una disparità di potere da riformulare senza un tracciato precostituito. La sensazione di disorientamento può accompagnare ciclicamente le figure di prossimità e comunità: come ha commentato da una di queste, «all'inizio [...] non riesci neanche a capire perché sei al mondo» (intervista con Monica, 5 agosto 2024).

Competenze culturali, relazionali e strutturali richiedono un nutrimento della capacità di immaginare, di stare nella mutevolezza e di fluttuare nell'incertezza. Come puntualizzato da Napier e colleghi/e (2014: 9), la competenza culturale richiede una certa apertura all'ignoto e alla dinamicità: «La competenza ha un carattere fortemente antropologico, abbracciando la cultura come qualcosa in continuo divenire, e non come qualcosa di statico e stereotipico»; e ancora: «la competenza riguarda l'identificazione e interpretazione di ciò che è ignoto [...] La curiosità è essenziale per l'innovazione» (ivi: 11). Questo ci indica come l'applicazione normativa di teorie e formule già esistenti, pur basate su evidenze scientifiche, possa

trasformarsi in un tranello, essenzializzando i processi culturali, nascondendo le risposte individuali alle norme, oscurando ulteriormente ciò che non è ancora noto. I processi formativi, quindi, dovrebbero essere incentrati anche sulla trasmissione del «valore di ciò che non si conosce» (*ibidem*). La disposizione all'adattabilità e alla reinvenzione emerge trasversalmente alle operatrici, come caratteristica personale e identitaria del ruolo esercitato, e ai progetti, che per loro "natura" hanno a che fare con soggetti mobili e in divenire.

Reinventarsi quando... cioè hai immaginato che le cose devono andare in quel modo, non vanno. Non vanno perché il progetto è fatto di persone, come ti ho detto, ma non soltanto persone, noi lavoratrici, persone che vivono lì, persone che vengono a trovarci, eccetera. E quindi il progetto non può essere indipendente da questo, quindi è inutile cercare di andare in una direzione quando le persone di cui è composto [il progetto] non ci andranno mai. Quindi ok, reinventiamo. Quell'obiettivo è sinceramente irraggiungibile. Proviamo a immaginarcene un altro (intervista con Clara, 20 giugno 2024).

È interessante notare come le narrazioni sull'apertura all'incertezza siano talvolta accompagnate da riferimenti al mondo magico, dell'inspiegabile, dello stra-ordinario. Nei racconti di alcune IFeC, in particolare, la descrizione del lavoro svolto nell'ambito comunitario è arricchita da espressioni come "tirare fuori il coniglio dal cilindro", "usare la bacchetta magica", sviluppare un ragionamento "fuori dal comune". Questi riferimenti indicano la rilevanza dei cambiamenti che interessano queste figure dal punto di vista identitario e operativo, nonché la distanza da concezioni e pratiche standardizzate del fare salute. Ciò che esula dall'ambito socio-sanitario programmato (come le visite al domicilio o l'esecuzione di piccole prestazioni) rappresenta, infatti, un'incognita avvolta da un'aura di magia: l'andamento della giornata può essere tranquillo e seguire l'ordine immaginato, così come essere stravolto da altri accadimenti legati all'imprevedibilità della comunità, composta di tanti e variabili attori e fenomeni, e, nel caso delle Microaree, anche alla natura "aperta" e accessibile della sede e delle risorse disponibili in quel momento (tirocinante, volontari/e del servizio civile). Il lavoro di comunità e nella comunità non può che essere quindi anche indeterminato, a differenza di altri lavori più prettamente sanitari o burocratici incentrati su altri dispositivi di accesso (la lista d'attesa, l'appuntamento, la richiesta per accedere), un approccio di attesa e un rapporto unidirezionale che prescrivono comportamenti anziché co-produrre cambiamenti.

Se da una parte l'incertezza del ruolo, di operatrice sociale e infermiera, legata alla precarietà

di un sistema di riferimento e di un supporto adeguato comporta un vissuto contraddistinto anche da frustrazione e paura, per alcune operatrici questa può avere anche dei risvolti positivi, come il senso di libertà e la possibilità di sperimentare.

Nella figura di [operatrice sociale di prossimità e comunità] ehh la mancanza, forse, di una professionalità stabilita a cui aderire, mi ha fatto provare un senso di piacere nella sperimentazione, nell'assenza di paletti fissi e al contempo uno stato mio emotivo che mi ha portato ad avvicinarmi, al valorizzare questa cosa e non vederla con insicurezze (intervista con Lisa, 16 maggio 2024).

È proprio questo tipo di interpretazione dell'incertezza ad essere scarsamente diffuso, secondo alcune, tra chi lavora nei più ampi settori sociali di cura: «l'operatrice lamenta una perdita nei nuovi lavoratori di oggi della capacità di sviluppare il “pensiero divergente”: “stanno tutti dentro le cose da fare”, mi dice» (diario di campo, 16 giugno 2025)⁷¹. Le “cose da fare” sono soprattutto quelle procedure e modalità relazionali predefinite e/o a-contestuali proprie di servizi assistenzialistici che, come abbiamo visto, mal si adattano a un contesto comunitario trasformativo. Risulta utile, quindi, un approfondimento di quella “capacità negativa” descritta da Lanzara nel volume ad essa dedicata (1993). L'autore riprende le parole del poeta John Keats, che descrive nei seguenti termini la *negative capability*: «quando l'uomo è capace di stare nelle incertezze, nei Misteri, nei dubbi senza essere impaziente di pervenire a fatti e ragioni» (Lanzara 1993: 12). Tale *capability*, termine che Lanzara preferisce all'italiano “capacità” in quanto veicola maggiormente il carattere di potenzialità rispetto a quello di realizzazione, consiste quindi nello “stare” e nell’«essere» nell'incertezza, di farsi avvolgere dal mistero, di rendersi vulnerabili al dubbio» e rappresenta una fonte dell'agire «che per così dire nasce dal vuoto, dalla perdita di senso e di ordine, ma che è orientato all'attivazione di contesti e alla generazione di mondi possibili» (ivi: 13). Nota bene: non si tratta di recepire passivamente gli eventi, ma di saper sostare nell'indeterminatezza, di osservare in modo attento il fluire degli eventi e quelle potenzialità di azione che nascono proprio nel caos,

⁷¹ Questa frase ha sollecitato il ricordo di un passaggio del volume di Porcellana dedicato alla ricerca-azione con operatori/trici e abitanti dei servizi per senza fissa dimora nella città di Torino: «Alcuni educatori del SAD, che avevano vissuto le sperimentazioni degli anni Ottanta e Novanta, dicevano di aver ritrovato lo spirito della collaborazione che aveva caratterizzato in passato il loro lavoro; le nuove generazioni, pur lasciandosi coinvolgere, erano combattute tra la rigidità delle procedure e il desiderio di sperimentare» (Porcellana 2016: 173). Queste parole suggeriscono un legame tra diverse generazioni, che hanno attraversato tipi di esperienze e contesti storici piuttosto differenti, e modalità di interpretare e agire il lavoro educativo che ho “intravisto” anche nei campi incontrati in questa ricerca; nonostante rappresenti un tema potenzialmente molto interessante, non ho approfondito questo legame per la necessità di dedicarmi ad altri assi tematici.

nell'assenza di un certo ordine, «senza pretendere di determinarne a priori e a tutti i costi la direzione, il ritmo, o il punto di arrivo» (ivi: 14). Si tratta, quindi di «penetrare» negli eventi, così come «di farsi penetrare da essi» (*ibidem*). Keats, ricorda l'autore, usa un'immagine per descrivere questa *capability*, ovvero quello del «passero che becca tra la ghiaia» (*ibidem*), una pratica che ha a che fare con ciò che è scarsamente o diversamente visibile e che, a un occhio esterno, può sembrare fantasiosa, quando non inutile o insensata. Possedere questa capacità, però, non significa non essere in grado di conseguire determinati scopi o non mettere in pratica un comportamento performativo, ma indica una diversa modalità di concepire e relazionarsi con la realtà, per trasformarla, anziché riprodurla in modo predeterminato o essenzialistico. L'aumento dei margini di incertezza, la diminuzione della pressione per l'ottenimento del risultato, l'allentamento del ritmo della routine, permettono di prestare attenzione e “vedere” elementi o meglio «possibilità di senso e d'azione non ancora pensate e praticate. Le deviazioni dalle routine standard e dalle situazioni “normali” contengono un potenziale di innovazione per chi è capace di tollerare la provvisoria assenza di ordine e di direzione» (*ibidem*). Per costruire ambienti sociali e culturali incentrati sulla cura del processo, sullo sviluppo di un approccio olistico, su una prospettiva di lungo termine e sull'adattamento contestuale di pratiche e comportamenti, la *negative capability* acquisisce, quindi, un particolare rilievo.

In conclusione, il lavoro di prossimità e comunità richiede di essere coltivato adeguatamente in processi di apprendimento da svilupparsi tanto nell'anticamera dei servizi (Zanini 2024) quanto nella loro concreta e quotidiana esistenza, in una prospettiva di educazione permanente.

Capitolo 3 - Nutrire gli immaginari

3.1 - Introduzione al capitolo: Agenti Comunitari/e di Salute nel mondo

In questo capitolo il tentativo è quello di indagare altre traiettorie degli approcci comunitari alla salute a partire dall'approfondimento di un particolare attore, l'Agente Comunitario/a di Salute. Le caratteristiche di questa figura e la storia della sua evoluzione ci mostreranno, ancora una volta, come interpretazioni eterogenee, nutrite da diversi immaginari e realizzate in specifici contesti sociali, politici e culturali, contribuiscono a determinare esperienze sfaccettate e significare in modi contrastanti riferimenti apparentemente comuni. L'analisi di questa figura, inoltre, contribuisce a interrogare una nuova sfumatura della prossimità: se nei campi descritti nel secondo capitolo la prossimità è emersa come uno specifico posizionamento spaziale, relazionale e politico teso a un miglioramento del benessere comunitario, nelle prossime pagine la prossimità viene approfondita nel suo aspetto esperienziale non o non solo professionale.

Prima di addentrarci in campi vicini e lontani, è utile un inquadramento di questo attore. Per Agente Comunitario/a di Salute (d'ora in poi indicato anche con l'acronimo "ACS") o, meglio, per il più diffuso anglosassone *Community Health Worker* (d'ora in poi indicato anche con l'acronimo "CHW") si intende generalmente una categoria variegata di soggetti semi o non professionisti che vivono e lavorano a stretto contatto con le comunità locali nei loro luoghi di vita, assistendo individui e gruppi sociali nell'adozione di comportamenti salutari e sostenendone i bisogni di salute (Lehmann, Sanders 2007, Olaniran *et al.* 2017), anche tramite attività di *advocacy* ed *empowerment* (Logan 2021). Si tratta di una definizione piuttosto ampia che cerca di includere l'insieme delle funzioni che questi attori hanno svolto o continuano a svolgere nelle diverse parti del mondo in cui sono attivi, nel tipo di programma in cui sono inseriti e a seconda del periodo storico in cui sono stati implementati. Come messo ampiamente in luce nella letteratura riguardante questa figura (Lehmann, Sanders 2007, Perry *et al.* 2014, Olaniran *et al.* 2017, Zulu, Perry 2021), l'esperienza dei e delle CHW, infatti, può variare notevolmente per il tipo di formazione, pagamento, riconoscimento o integrazione nel personale socio-sanitario, anche se il tratto distintivo e trasversale alle epoche e alle latitudini è rappresentato - o dovrebbe essere rappresentato - dall'essere un membro della comunità in cui opera (Lehmann, Sanders 2007). Queste differenze frequentemente citate dipendono da un asse di distinzione che appare più sottotraccia,

quale l'interpretazione del ruolo del/la *Community Health Worker*, ma che Rifkin aiuta a mettere in luce quando, descrivendo questa figura, scrive che «fornisce assistenza sanitaria di base, inclusa l'educazione sanitaria, e che ha il potenziale di agire in qualità di agente del cambiamento» (Rifkin 2017: 93). Attraverso il tempo e lo spazio, questi attori, infatti, sono stati ben più spesso impiegati come estensori di servizi sanitari in contesti caratterizzati da risorse economiche limitate piuttosto che come promotori di trasformazioni sociali nelle e con le comunità locali (*ibidem*), a partire dalla prevalenza di una visione bio-riduzionista del concetto di salute. Una costituzione più precisa di questo attore⁷² si sviluppa nel contesto della Conferenza di Alma Ata del 1978, da cui la *Primary Health Care* (d'ora in poi anche *PHC*)⁷³ emerge come l'essenziale prospettiva di riferimento per implementare una politica sanitaria in grado di raggiungere «la salute per tutti» (WHO 1978). Uno degli elementi principali della *Primary Health Care* è la partecipazione comunitaria, di cui, sebbene non esista un significato univoco nell'ampia platea di servizi e progetti riguardanti la salute, uno degli esempi più riportati è proprio quello del/la *Community Health Worker* (Rifkin 2009). Gli sviluppi che hanno interessato la *PHC* specialmente negli anni Ottanta e Novanta hanno portato alla selezione di alcune rappresentazioni e pratiche a discapito di altre, che inevitabilmente hanno coinvolto anche la comprensione e l'"uso" dei e delle agenti di salute. Negli anni successivi alla Conferenza venne sviluppata una visione restrittiva, denominata per l'appunto *selective Primary Health Care*, contraddistinta da una un'interpretazione bio-riduzionista e tecnica della salute, da un approccio verticale nei paesi cosiddetti "in via di sviluppo", cioè governato da organismi internazionali, e dal focus su specifiche patologie, a differenza di una comprensione più sistemica e complessa della salute, incentrata sulla sua determinazione sociale, come veicolato dalla *comprehensive Primary Health Care* (Abadia-Barrero, Bugbee 2019). La *s-PHC* venne promossa soprattutto da grandi organismi internazionali come la Banca Mondiale e l'Agenzia degli Stati Uniti per lo Sviluppo Internazionale in virtù di un supposto miglioramento della relazione tra costi e benefici; ad essa si adeguarono istituzioni come l'OMS e l'UNICEF (*ibidem*), da cui dipendevano, tra gli altri, alcuni dei principali programmi di formazione e sviluppo dei e delle *CHW*. Oltre ai processi di privatizzazione e commercializzazione della salute, la tendenza neoliberista a

⁷² Le radici del/la *Community Health worker* si situano in Cina, precisamente nella figura del "medico scalzo" sviluppata tra gli anni Quaranta e Settanta del Novecento, ovvero una persona comune, spesso contadina, che si occupava di fornire un'assistenza sanitaria di base, soprattutto di tipo preventivo, tra le comunità rurali in cui o vicino a cui risiedeva (Rifkin 2017).

⁷³ Nella lingua italiana la *PHC* è spesso tradotta con "assistenza sanitaria di base" o "cure primarie", anche se queste traduzioni non rappresentano un corrispettivo adeguato in quanto la *PHC* si riferisce più a un insieme di caratteristiche di un sistema sanitario equo e olistico che a un assetto organizzativo preciso (Consoloni, Quaranta 2021).

concepire e praticare la salute ha quindi stimolato la proliferazione di progetti frammentati tra di loro (WHO 2008), in cui questi attori erano impiegati perlopiù come estensori dei servizi in ambiti sanitari specifici, in particolare quelli della salute materno-infantile o della diffusione di malattie infettive come l'AIDS; se ciò ha fatto degli e delle *CHW* dei diffusori di, seppur importantissime, indicazioni cliniche, dall'altra ha di gran lunga limitato, per riprendere la definizione di Rifkin, il loro essere "agenti di cambiamento".

Come vedremo questa tensione è ben presente anche in una delle esperienze più strutturate di formazione e coinvolgimento di questi attori, ovvero quella brasiliana, analizzata nel secondo paragrafo. A livello globale la diffusione dei e delle *CHW* è disomogenea; alcune stime indicano più di 5 milioni di persone incluse in questa categoria, con una prevalenza e diffusione capillare soprattutto in stati come l'India, il Bangladesh, gli USA e il Brasile (Perry *et al.* 2014), a differenza di altri paesi europei in cui le esperienze riguardanti potenziali o effettivi/e *Community Health Workers* sono più limitate e spesso legate a singoli progetti piuttosto che strutturalmente implementate da istituzioni pubbliche⁷⁴ (Van Iseghem *et al.* 2023). Per ciò che riguarda il contesto italiano, non esistono servizi che coinvolgono in maniera sistematica questo tipo di figura, mentre sono state realizzate alcune sperimentazioni locali⁷⁵; di queste, una riguarda proprio una zona del Comune di Bologna, il cui racconto e analisi sono proposti nel terzo paragrafo.

3.2 - Dal Brasile...

Al fine di situare in modo più puntuale il contenuto di questo paragrafo, alcune note di contestualizzazione metodologica risultano importanti. Le pagine dedicate all'esplorazione della realtà brasiliana si basano su un confronto con parte della letteratura dedicata alla figura

⁷⁴ Tra gli stati europei dove le sperimentazioni riguardanti i/e *CHW* sono più frequenti vi sono il Regno Unito e il Belgio: poco più di un decennio fa è stata proposta l'introduzione di *CHW* nel Galles settentrionale (Johnson *et al.* 2013), mentre in tempi più recenti sono stati implementati dei modelli di cura incentrati su questa figura in diverse città belghe (fonte: <https://www.bbc.com/storyworks/specials/healthier-together/how-community-health-workers-in-belgium-are-bridging-the-gap-for-healthcare/> - ultimo accesso 4.09.2025) e in molteplici aree del territorio inglese (<https://napc.co.uk/chww/> - ultimo accesso 4.09.2025).

⁷⁵ Nella regione Emilia-Romagna alcune sperimentazioni hanno riguardato la formazione di potenziali agenti comunitari di salute tra la popolazione di origine nigeriana nel territorio faentino (fonte: <https://www.infermiereonline.org/2017/08/09/gli-agenti-di-salute-comunitari-esperienza-pilota-sul-territorio-faentino/> - ultimo accesso 4.09.2025) e quella, tutt'ora in corso, di "agenti di prossimità" dediti alla mappatura di bisogni e risorse delle comunità in cui vivono nel territorio modenese (fonte: <https://www.ausl.mo.it/distretto-di-pavullo-al-via-gli-incontri-per-cercare-gli-agenti-di-prossimita-saranno-il-risultato-per-individuare-i-bisogni-della-comunita/> - ultimo accesso 4.09.2025).

dell'*Agente Comunitária de Saúde*⁷⁶ e ai processi di produzione di cura da parte di autori e autrici che si rifanno al paradigma della Salute Collettiva, nonché sugli incontri con interlocutori e interlocutrici chiave e sulle osservazioni che ho potuto realizzare tra Rio de Janeiro e Niterói⁷⁷ durante lo svolgimento del periodo all'estero. Le osservazioni sono state sviluppate in particolare presso un'unità di salute della città di Niterói, durante le quali ho annotato alcune informazioni successivamente rielaborate nel diario di campo; purtroppo non è stato possibile svolgere delle interviste in profondità con gli attori dell'unità, *in primis* le ACS, perché le tempistiche necessarie all'ottenimento delle autorizzazioni da parte dell'Università ospitante e, soprattutto, dell'ente cittadino responsabile dell'erogazione e della gestione dell'assistenza sanitaria locale avrebbero oltrepassato il mio tempo di permanenza in quei territori. Ciò nonostante, l'osservazione mi ha permesso di cogliere diversi elementi sfidanti sia rispetto alla comprensione dei flussi di cura comunitaria, in quanto hanno aperto molti interrogativi le cui potenziali risposte avrebbero necessitato di approfondire i vissuti personali, sia in relazione al mio posizionamento. Dopo tanto tempo, infatti, mi sono sentita nuovamente “fuori posto”, materialmente e simbolicamente. Più volte non sapevo “dove mettermi”, in quale stanza sarei potuta entrare e quale conversazione potevo o meno ascoltare, per cui mi sono affidata e lasciata guidare soprattutto dal personale dell'unità; le emozioni di eccitazione e incertezza si sono mescolate continuamente, interrogando il senso del mio stare lì, dato che le mie osservazioni non avrebbero contribuito a un approfondimento o al miglioramento dell'esperienza di cura per i soggetti (lavoratori/trici, pazienti). Se questo quesito non ha trovato una risposta, il legame di conoscenza e fiducia che nel seppur poco tempo a disposizione ho creato con alcuni/e professionisti/e costituisce il senso di quest'esperienza, oltre al potenziale contributo che un'analisi della realtà brasiliana potrebbe dare a progettazioni in altri contesti, come quello bolognese⁷⁸.

Come accennato, l'esperienza brasiliana riguardante le *Agentes Comunitárias de Saúde* (d'ora in poi indicati/e anche con l'acronimo “ACS” o “Agentes”) è tra quelle più rilevanti nel panorama internazionale e si inserisce nella storia, intesa sia come origine che come

⁷⁶ Anche nel caso di questa figura utilizzerò il femminile sovraesteso in quanto la maggioranza dei soggetti operanti nel modulo in cui ho realizzato le osservazioni era di genere femminile, in linea con i dati più generali e nazionali che vedono le *Agentes* più numerose rispetto ai colleghi di genere maschile (Nogueira 2019).

⁷⁷ Niterói è una città della regione metropolitana di Rio de Janeiro di circa 482.000 persone. Qui si trova l'Istituto de Saúde Coletiva dell'Universidade Federal Fluminense con cui ho realizzato il periodo di studio e ricerca in Brasile.

⁷⁸ Desidero ringraziare tutte le professioniste e i professionisti di salute che mi hanno accolta con fiducia e affetto nei loro luoghi di lavoro, il professore Túlio Batista Franco e le professoresse Verônica Silva Fernandez, Mariana Nogueira, Monica Marxsen e Ana Paula Morel per il supporto e i preziosi confronti.

evoluzione, del *Sistema Único de Saúde (SUS)* e, più specificatamente, del modello brasiliano di assistenza sanitaria di base, l'*Atenção Básica à Saúde*. L'*ACS* è una professionista riconosciuta che opera all'interno di équipe interprofessionali nelle unità di salute, ovvero dei presidi socio-sanitari dislocati nei territori, specialmente quelli più marginalizzati come le *favelas* o *comunidades*⁷⁹, che rappresentano la porta di entrata all'assistenza sanitaria primaria. Tra i requisiti per poter svolgere questo lavoro vi sono la conclusione del ciclo di istruzione obbligatoria e la residenza, almeno dalla data di pubblicazione della procedura di selezione pubblica, nell'area in cui si svolgerà l'impiego; il suo profilo normativo è definito nei seguenti termini:

L'Agente Comunitario di Salute ha il compito di svolgere attività di prevenzione delle malattie e di promozione della salute, sulla base dei riferimenti dell'Educazione Popolare in Salute, attraverso azioni domiciliari o comunitarie, individuali o collettive, sviluppate in conformità con le linee guida del SUS che regolano la salute preventiva e l'assistenza sanitaria di base, con l'obiettivo di ampliare l'accesso della comunità assistita alle azioni e ai servizi di informazione, salute, promozione sociale e tutela della cittadinanza, sotto la supervisione del responsabile municipale, distrettuale, statale o federale (traduzione mia)⁸⁰.

Nel medesimo testo di legge da cui è tratta la descrizione dell'*Agente*, inoltre, sono indicate le principali attività di base attribuite a questa figura, quali: l'uso di strumenti per diagnosi territoriali, la realizzazione di visite domiciliari atte a conoscere la popolazione locale, orientarla e raccogliere i dati sulle condizioni di vita e salute, la mobilitazione degli e delle abitanti in processi di partecipazione alle politiche pubbliche socio-sanitarie.

Il principale programma attraverso cui le cure primarie sono organizzate e realizzate è il programma nazionale permanente *Estratégia de Saúde da Família*, sviluppato a partire dal *Programa de Saúde da Família*; quest'ultimo venne elaborato nel 1994 dal Ministero della

⁷⁹ Le *favelas* sono agglomerazioni spaziali disseminate in gran parte dei territori sia urbani che rurali costituitisi storicamente come ghetti e funzionanti come "spazi di eccezione", in cui l'inclusione dei suoi e delle sue abitanti si produce sul piano economico e biologico, fornendo manodopera scarsamente qualificata utile al sistema produttivo capitalistico e al funzionamento della città, e si intreccia all'esclusione sul piano della cittadinanza civile e sociale (Malighetti 2019). Nelle mie osservazioni il termine *comunidade* (comunità) è stato utilizzato più frequentemente soprattutto da chi ne fa parte, al fine di mettere in luce i legami sociali di conoscenza e supporto che uniscono le persone e la condivisione di una identità sociale e politica che comprende le dinamiche di deprivazione e violenza, ma senza fermarsi ad esse e, come indicato anche da Stefani (2025), talvolta per distanziarsi dalla stigmatizzazione associata al termine *favela*.

⁸⁰ Si tratta della legge n° 11.350 del 2006 che istituisce le attività dell'*ACS*, confermate successivamente nella legge n° 13.595 del 2018 relativa alla riformulazione di alcuni incarichi, della formazione pregressa e continuativa e delle condizioni di lavoro. Il testo della legge è consultabile al seguente link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm (ultimo accesso 8.09.2025).

Salute brasiliano sulla base di alcune esperienze locali e nazionali, tra cui il *Programa de Agentes Comunitários de Saúde* e il *Programa Médico de Família* di Niterói, tutt'oggi attivo⁸¹. Il primo fu elaborato su scala nazionale tra il 1991 e il 1992 al fine di riunire le diverse sperimentazioni locali di medicina comunitaria, promosse da movimenti popolari e movimenti pastorali cattolici orientati alla teologia della liberazione, riguardanti il coinvolgimento di “agenti di salute” nella produzione di una salute integrale e territoriale, legata al miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni locali, e nella prevenzione di alcune malattie. Tra le esperienze di ispirazione, il *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento Nordeste* del 1976, che privilegiava il reclutamento di persone che risiedevano nei luoghi in cui attivare il programma, e il *Programa de Agentes de Saúde do Ceará* del 1988, dove gli e le ACS, eletti/e dalla popolazione locale, inizialmente furono attivati/e per l'assistenza alle popolazioni colpite dalla siccità per poi occuparsi soprattutto della salute materno-infantile (Silva, Dalmaso 2002)⁸². Il *Programa Médico de Família*, inaugurato nel 1992, fu da subito teso alla partecipazione comunitaria, intesa anche come un processo di co-gestione del modulo con le associazioni di residenti, l'equità, ovvero l'estensione dei moduli soprattutto nelle zone più socialmente periferiche e precedentemente non assistite, e il principio di territorialità, dove lo spazio è considerato un “processo-territorio”, in cui inserirsi per conoscere i gruppi sociali che lo abitano, le loro relazioni, condizioni di vita, concezioni e pratiche di salute e comunità (Hübner, Franco 2007). Per poter conoscere adeguatamente il territorio e costruire un'assistenza in linea con i principi espressi, l'*Agente Comunitária de Saúde*, in virtù della sua doppia appartenenza alla comunità locale e all'istituzione sanitaria, acquisì da subito un ruolo, potenzialmente, centrale; o almeno questo è ciò che viene affermato nei documenti ufficiali e nelle narrative più comuni riguardanti questo attore. Come affermato da una ricercatrice che a lungo si è occupata di ACS, «a legislação é uma outra coisa da realidade. O que está colocado na legislação é um lugar de centralidade das ACS [...] mas na realidade essa valorização não

⁸¹ Questo programma venne inaugurato nel 1992 su ispirazione del modello cubano, maggiormente incentrato sulla figura del medico generale: molte unità di salute a Niterói, infatti, sono chiamate *Módulos do Médico de Família* e alcuni di questi sono intitolati a politici e personalità di spicco di movimenti rivoluzionari sudamericani. Per un approfondimento del contesto di sviluppo di questo programma, si veda l'articolo di Hübner e Franco (2006).

⁸² Per un approfondimento delle esperienze e dell'evoluzione storica della figura dell'ACS si consiglia la lettura della tesi di dottorato di Mariana Lima Nogueira, “O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva”, in particolare del capitolo 4. La tesi è disponibile al seguente link: https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/14825/1/Tese_Mariana%20L%20Nogueira.pdf (ultimo accesso 8.09.2025).

acontece» (diario di campo, verbale incontro con Tereza, 26 febbraio 2025)⁸³. La costruzione della figura dell'*ACS* e della sua identità sono processi tutt'altro scontati o stabiliti definitivamente, ma sono in costante divenire; tra i nuclei fondamentali di questi processi, tra loro interrelati nell'esperienza delle *Agentes Comunitárias de Saúde*, emergono in particolare la valorizzazione delle competenze relazionali e delle conoscenze esperienziali e il ruolo assunto da questa figura in relazione agli altri attori sociali, cioè gli altri professionisti e professioniste, i/le pazienti e la comunità.

Fin dagli anni Settanta e Ottanta il ruolo di queste attrici è stato incentrato sulla capacità di fare da “ponte” tra la comunità locale e le figure professionali sanitarie; la congiunzione e la mediazione tra i reciproci interessi e mondi sociali, tuttavia, può essere bi- o unidirezionale, tant'è che alcune autrici rappresentano la figura dell'*ACS* in un movimento di oscillazione tra il «messaggero» e l'«agente riformatore» (Silva, Dalmaso 2002). Come messo in luce da diversi studiosi e studiose, l'*ACS* è un attore ibrido (*ibidem*), occupa una posizione tra fuochi incrociati di aspettative, appartenenze sociali e saperi in gioco (Nunes *et al.* 2002), può esercitare ruoli molteplici che comprendono o superano l'immagine sociale più comunemente diffusa di una persona naturalmente predisposta alla cura, alla compassione e alla solidarietà verso gli altri (Ferreira 2008) e può significare in modi diversi il profilo normativo individuato dalle leggi (Galavote *et al.* 2013). Tale carattere di complessità e pluralità può essere compreso guardando in modo più approfondito i processi sociali e storici di costituzione di questa figura, nonché quelli di produzione di salute che vedono l'*ACS* attivamente coinvolta.

Gli anni Novanta e l'inizio degli anni Duemila rappresentano un periodo particolarmente denso per la strutturazione di questa figura, anni in cui la propulsione alla salute territoriale si è intrecciata all'adozione di modelli di gestione manageriale del bene pubblico. La formalizzazione agli inizi degli anni Duemila della *Estratégia de Saúde da Família* ha dato un nuovo impulso allo sviluppo di una rete di cure primarie in linea con i principi del *SUS*, di cui ha beneficiato anche la figura generale dell'*ACS*: da un punto di vista economico, l'aumento progressivo dagli anni Novanta a metà degli anni Duemila dei finanziamenti destinati alle cure primarie ha interessato in maniera sostanziale il settore delle *ACS*, passando dallo 0,6% del totale nel 1995 al 8,9% del 2009 (Franco 2020); da un punto di vista organizzativo, con la creazione della *Estratégia* nazionale, le *ACS* sono state inserite nelle

⁸³ «La legislazione è una cosa diversa dalla realtà. Ciò che è previsto dalla legislazione è uno spazio di centralità delle ACS [...] ma nella realtà questa valorizzazione non accade».

équipe di assistenza di base con medici/che, infermieri/e e *técnicos/as de enfermagem*⁸⁴ operanti nelle unità di salute distribuite territorialmente e responsabili ciascuna per una microarea di circa 3.000 abitanti. Nel 2002, inoltre, l'attività delle ACS è stata formalizzata come professione e nel 2006 è stato creato un processo di selezione pubblica specifico per ACS al fine di rendere meno precari i rapporti di lavoro di queste professioniste⁸⁵. Tra le modifiche legislative introdotte in tempi più recenti, infine, sono da segnalare l'aumento dello stipendio medio dell'ACS, che ora corrisponde al doppio del salario minimo⁸⁶, e il suo riconoscimento non solo come professionista, ma come professionista specificatamente del settore della salute, un tipo di identificazione che permette a chi svolge questo lavoro di poter accumulare due cariche pubbliche (una prerogativa che è riconosciuta solo a professori/esse e professionisti/e sanitari/e)⁸⁷. Se questo tipo di riconoscimento ha permesso di fortificare la posizione lavorativa delle *Agentes*, il riconoscimento di figura professionale sanitaria è susseguito a un aumento dei compiti di stampo biomedico attribuiti all'ACS, che dal 2018, seppur in via eccezionale e con la supervisione di altre figure, è chiamata a svolgere anche attività come la misurazione della pressione arteriosa o la realizzazione di piccole medicazioni al domicilio dei e delle pazienti⁸⁸. Il contenuto legislativo, più che istituire unicamente delle nuove direzioni, sembra consolidare dei fenomeni già in atto che affondano le proprie radici nei decenni precedenti; la strutturazione dell'*Agente Comunitária de Saúde*, infatti, si è composta anche attraverso altri processi che hanno qualificato significati, pratiche e vissuti connessi alla formalizzazione del riconoscimento e all'aumento di questi/e professionisti/e. Come ricorda Nogueira (2019), lo sviluppo del *Programa*, prima, e della *Estratégia de Saúde da Família*, poi, si è realizzato in un quadro complessivo di avanzamento del neoliberalismo come espressione politico-economica della ristrutturazione dello stato che ha riguardato anche il caso brasiliano. Il passaggio dal *Programa* alla *Estratégia*, in particolare, si è realizzato anche attraverso l'adozione nel 2002 del *Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf)*; questo progetto fu un'iniziativa governativa

⁸⁴ I/le *técnicos/as de enfermagem* sono figure professionali sanitarie che assistono gli e le infermieri/e nello svolgimento di attività come medicazioni, cure igieniche o somministrazione di vaccini.

⁸⁵ La legge che istituisce la professione di *Agente Comunitário/a de Saúde* è la n° 10.507 del 2002; la legge che crea il processo di selezione pubblica per ACS è la n° 11.350 del 2006.

⁸⁶ Nel 2025 lo stipendio medio è di 3.036 *reais*, così come definito dalla *Emenda Constitucional* 120 del 2022, in base alla quale il salario degli e delle ACS deve corrispondere al doppio del salario minimo, e a quanto stabilito dal decreto n° 12.342 che fissa il salario minimo a 1.518 *reais*. In base alla legge n° 14.434 del 2022, il salario medio dei e delle *técnicos/as de enfermagem* è di 3.325 *reais*, mentre per gli e le infermieri/e è di 4.750 *reais*.

⁸⁷ Si tratta della legge n° 14.536 del 2023 che ha modificato parzialmente quella del 2006.

⁸⁸ Si tratta della legge n° 13.595 del 2018 che, come indicato in una precedente nota, ha modificato alcune attività attribuite all'ACS, andando a riformulare il contenuto della legge n° 11.350 del 2006 che istituisce le attività dell'*Agente Comunitário/a de Saúde*.

appoggiata dalla Banca Mondiale che, se da una parte permise di ampliare il numero dei territori coperti dalle cure primarie e aumentare il numero di ACS attive nel SUS, dall'altra, tramite l'individuazione di criteri di finanziamento legati alla valutazione e al monitoraggio delle azioni, rafforzò l'influenza di istituzioni non governamentali e del loro patrimonio sociale, culturale ed economico nella sfera dei servizi pubblici relativi alla salute e alla sicurezza sociale (*ibidem*). La direzione sostenuta da organismi internazionali, come la Banca Mondiale, verso una maggiore flessibilità e competitività dei mercati, unita a un'interpretazione bio-riduzionista e selettiva della *Primary Health Care* (Abadia-Barrero, Bugbee 2019), ha interessato, dunque, anche il Brasile. Le agende di riforma dei servizi e del sistema sanitario hanno preso forma, quindi, tra diverse spinte: la promozione di una salute integrale, universale ed equa ha dovuto fare i conti con l'esaltazione del mercato, una produzione del lavoro basata sul calcolo tra costi e benefici e la frammentazione del governo dei beni pubblici. Uno dei prodotti di queste dinamiche è stata l'adozione del modello del *gerencialismo*, un tipo di matrice teorica che permette di "operazionalizzare", cioè tradurre in pratiche e forme di organizzazione, i dettami neoliberisti di ampliamento della logica del mercato in diverse forme della vita associata e che ha portato a fenomeni crescenti di privatizzazione dei servizi pubblici e deregolamentazione delle relazioni di lavoro (Nogueira 2019). Pur lavorando unicamente nel settore della salute pubblica, quindi all'interno delle unità di salute del SUS, in alcune parti del Brasile, come la città di Rio de Janeiro, le ACS sono assunte da organizzazioni sociali private che vendono servizi di interesse pubblico; questa intermediazione fa sì che, pur essendo riconosciute come lavoratrici sanitarie, le *Agentes* non godano dei medesimi diritti lavorativi degli altri professionisti e professioniste del SUS. Come spiega una ricercatrice che a lungo si è occupata del lavoro di questa figura,

Eu sou professora e pesquisadora [...] e fiz um concurso público, tenho uma estabilidade para debater uma política; mas uma pessoa que é contratada de uma outra forma, não tem essa estabilidade para debater, questionar o que o governo coloca. Isso não é o que os ACS precisam. Isso não é promoção da saúde. Quando o vínculo empregatício não é seguro é mais fácil manipular as atribuições das ACS (diario di campo, verbale incontro con Tereza, 26 febbraio 2025)⁸⁹.

⁸⁹ «Sono professoressa e ricercatrice [...] e ho fatto un concorso pubblico, ho una stabilità per discutere di una politica; ma una persona che è contrattata in un'altra forma, non ha questa stabilità per dibattere, mettere in discussione ciò che il governo propone. Questo non è ciò di cui gli ACS hanno bisogno. Questa non è promozione della salute. Quando il rapporto lavorativo non è sicuro, è più facile manipolare i compiti delle ACS».

Stabilità del proprio legame lavorativo e libertà di affrontare questioni politiche, come i processi sociali che generano salute e malattia, e che possono mettere in discussione le decisioni prese dalla stessa istituzione per cui si lavora, sono strettamente dipendenti, e un aumento della precarietà del primo incide sulle mansioni attribuite e agite dalla singola lavoratrice. La promozione della salute viene quindi intesa come promozione del controllo e della partecipazione decisionale sulle risorse che generano la salute che investe ciascun tipo di lavoratore; la promozione della salute, dunque, è un processo non solo da attuare nei territori, ma da attraversare e sperimentare in prima persona. Se la precarietà dell'esperienza lavorativa aumenta nel caso di assunzione tramite un'organizzazione sociale privata, comunque rappresenta un tratto trasversale a molte ACS, quindi anche per chi è assunto direttamente dagli enti municipali responsabili della gestione locale dei servizi pubblici. Il modello manageriale di gestione della salute, concepita in termini più biomedici che sociali, fa sì che gli indicatori in base ai quali il concetto di produttività delle azioni è valutato siano incentrati su dati quantitativi, come il numero di vaccinazioni svolte o il numero di persone registrate, da aumentare a discapito del tempo dedicato ai processi comunitari e alla coltivazione di relazioni con le singole persone durante le visite domiciliari. Dal raggiungimento di certe soglie numeriche dipende il finanziamento delle attività delle unità di salute e, quando esistenti, delle organizzazioni sociali private da cui sono assunti le ACS; si tratta di un processo che incide non solo sull'instabilità del lavoro degli operatori e delle operatrici, ma anche sul clima di competizione tra il personale (Nogueira 2019). Il seguente estratto del diario di campo, relativo a una riunione tra le équipes di un modulo di salute di Niterói e alcune coordinatrici dell'ente gestore della sanità locale, risulta particolarmente paradigmatico rispetto al processo di quantificazione dei processi di salute:

Questa riunione è focalizzata soprattutto sulla campagna di vaccinazione, «che mi leva il sonno», dice la responsabile del modulo. La questione della campagna di vaccinazione viene affrontata abbastanza velocemente: il personale dell'unità dice che non ci dovrebbero essere molti problemi dato che stanno registrando l'interesse di molte persone che spontaneamente vogliono essere vaccinate; le funzionarie dell'ente gestore rimarkano la necessità di alzare i tassi vaccinali della popolazione, quindi invitano soprattutto le e gli ACS ad andare casa per casa a promuovere il vaccino.

Le funzionarie passano poi a parlare della questione per loro prioritaria, che è quella di «atualizar o cadastro das pessoas» [aggiornare il registro delle persone]: hanno preparato anche delle slide in merito. Mostrano quindi tabelle, numeri, grafici [...] da cui emerge che i cittadini e le cittadine registrati/e sono molto pochi/e rispetto alla popolazione qui

residente. [...] Si discute molto di questi numeri e [una funzionaria] sottolinea che se i numeri sono troppo bassi, allora il ministero può decidere di riorganizzare i servizi, cioè togliere e accorpare delle unità, con conseguente diminuzione dei posti di lavoro. E questo è uno scenario ovviamente da scongiurare, anche perché l'intenzione dell'ente gestore sarebbe invece quella di ampliare i servizi. [...] la discussione poi si sposta nuovamente sull'esigenza di «completar o cadastro» [completare la registrazione] in forma appunto completa, in quanto «a completeude do cadastro funciona como um indicator» [la completezza del registro funzione come un indicatore]. «Infelizmente a gente precisa de dados» [purtroppo abbiamo bisogno di dati], ripete più volte la funzionaria (diario di campo, osservazione nel modulo, 14 aprile 2025).

«Atualizar o cadastro»: nel corso delle mie osservazioni nel modulo di salute, questa espressione è stata ripetuta dalle varie ACS con una certa frequenza e con una preoccupazione crescente all'avvicinarsi del termine ultimo entro cui completare le registrazioni. Se la responsabilità della campagna vaccinale ricade sui diversi membri delle équipes di salute, ognuno in base alle proprie funzioni (di aggancio delle persone, somministrazione del vaccino, organizzazione dell'approvvigionamento), il compito di registrare i dati inerenti le persone seguite sul territorio ricade unicamente sulla figura dell'*Agente Comunitária de Saúde*. Tale compito si compone di diverse fasi, quali l'aggancio o incontro con la persona, la costruzione di un dialogo in cui sottoporre delle domande inerenti i diversi dati da raccogliere, la registrazione di questi dati nell'applicativo informatico. I dati in discussione sono molti e sono suddivisi in tre tipi di registri, individuale, personale e territoriale. Il registro personale è quello maggiormente utilizzato e compilato nella quotidianità del lavoro delle ACS, e comprende dati personali di base che identificano la persona (nome, cognome, data e paese di nascita, sesso, nome dei genitori, codici identificativi), l'indirizzo di residenza, i contatti e le informazioni socio-demografiche, tra cui lo stato civile, il gruppo sanguigno, il livello di istruzione o l'identità di genere; il registro individuale comprende molte informazioni eterogenee, dal referente familiare, il tipo di inquadramento lavorativo (con contratto o meno, disoccupato, ecc.), l'identità di genere, l'orientamento sessuale, alla partecipazione a gruppi religiosi o all'adesione a forme di medicina tradizionale; infine, il registro territoriale è relativo alle condizioni dell'abitazione, quindi a dati come la fornitura di energia elettrica, l'allacciamento alla rete fognaria, il tipo di materiale usato per la costruzione della casa o la presenza e frequenza del servizio di raccolta dei rifiuti. Si tratta di una importante mole di informazioni sulle condizioni di vita e sugli aspetti tra i più significativi di una persona, ma

che per poter essere raccolta necessita di tempi, spazi e strumenti appropriati che, tuttavia, non sono sempre disponibili. Se, come sollecitato anche dalle funzionarie durante la riunione sopra riportata, la raccolta di questi dati dovrebbe essere prodotta al domicilio degli individui, il tempo trascorso all'esterno del modulo di salute è davvero limitato, specialmente nel periodo di completamento dei registri. Fin da subito, infatti, le *ACS* che ho seguito nei momenti di osservazione nel modulo e sul territorio mi hanno invitata a sedere di fianco al tavolo dell'accoglienza, su cui era posizionato il computer, «così puoi capire il lavoro che facciamo e come registriamo i dati»; come scrivevo nel mio diario di campo, «oscillo tra il pensare che lei abbia compreso che il mio interesse sia soprattutto quello di osservare il loro lavoro amministrativo (e non il totale del lavoro dell'*ACS*) e il comprendere che una parte preponderante del loro lavoro si svolge proprio al pc» (diario di campo, osservazione al modulo, 25 aprile 2025). Oltre al tempo risicato dedicato alla raccolta dei dati nei luoghi di vita della popolazione locale (abitazioni, strade), le attività di registrazione dipendono dall'uso e dal funzionamento dei dispositivi elettronici, non sempre garantito. Come spiegato dalle *ACS*, infatti, le modalità di accesso e di organizzazione dei dati dell'applicativo sono state recentemente modificate dal Ministero della Salute brasiliano, per cui le stesse professioniste non hanno ancora sviluppato una sufficiente dimestichezza con questo sistema che, inoltre, presenta dei notevoli malfunzionamenti: quando loro inseriscono le informazioni e completano la registrazione di una persona, può capitare che il sistema non memorizzi questi dati, ed è come se loro «non avessero fatto niente» (diario di campo, 25 aprile 2025). Rispetto ai processi di digitalizzazione delle informazioni, e più ampiamente di cattura delle tecnologie dure sul lavoro vivo (Merhy, Franco 2013), all'inizio del 2025 a ogni *ACS* è stato fornito un tablet al fine di accedere all'applicativo di registrazione dei dati anche al di fuori del modulo di salute e di riportare in modo idealmente più rapido le informazioni raccolte durante la visita domiciliare; dopo pochi mesi, tuttavia, questo dispositivo non è più stato utilizzato in quanto, anche in questo caso, il sistema non registrava le informazioni inserite e, di nuovo, «è come se non avessimo fatto niente» (diario di campo, 25 aprile 2025). A tal proposito, una *ACS* commenta «o tablet nos atrapalha» [ci disturba, confonde], anziché aiutarle (diario di campo, 25 aprile 2025). All'interno del modulo di salute, la situazione sembra migliorare, ma anche qui gli strumenti che abilitano l'attività di registrazione delle informazioni presentano delle criticità; oltre all'applicativo che già di per sé pone alcuni ostacoli al raggiungimento dell'obiettivo, nemmeno l'uso del computer e della connessione internet possono essere dati per scontati. Il computer maggiormente utilizzato dalle *Agentes* è quello dello spazio dell'accoglienza, dove trascorrono molto del loro tempo lavorativo, ma

che ha molti anni e si blocca quando piove; se ciò che rimane da fare è solo l'inserimento delle informazioni già precedentemente reperite, inoltre, l'*ACS* deve individuare un altro dispositivo elettronico da poter utilizzare, in quanto lo spazio dell'accoglienza è attraversato da un flusso variabile di persone (pazienti, mediche o altre professioniste) che si rivolgono costantemente all'*ACS*, la quale interrompe frequentemente il registro dei dati al computer per esaudire le richieste altrui.

L'influenza dei processi di burocratizzazione e digitalizzazione nella produzione di assistenza e cura, potenziati con lo sviluppo del *gerencialismo*, hanno quindi allontanato l'*Agente Comunitária de Saúde* dagli ambiti di prevenzione e promozione della salute (Chuengue, Franco 2018, Nogueira 2019) seppur la responsabilità di conoscere, accogliere e mantenere una relazione con la popolazione locale sia completamente in carico a questa figura. Oltre alla registrazione informatica dei dati, un'analisi più ampia delle attività maggiormente svolte dalle *ACS* nel modulo e nel territorio di competenza può aiutare a comprendere in che modo l'*Agente* si fa ponte e mediatrice tra mondi e livelli diversi. Per ciò che riguarda la struttura del modulo di salute, come già accennato, l'*ACS* trascorre molto del proprio tempo lavorativo nello spazio dell'accoglienza, quindi alla scrivania davanti alla quale si recano i e le pazienti che entrano nel modulo per richiedere informazioni o segnalare la propria presenza per svolgere una visita prenotata. Nel caso del modulo in cui ho potuto realizzare le osservazioni, lo spazio dell'accoglienza è composto da un breve corridoio che collega la porta di entrata alla piccola sala d'attesa dove, di fianco alle sedie in plastica, si trova la scrivania ricoperta da numerosi plichi di quaderni, fogli pinzati, fogli volanti. In questo spazio, le *ACS* a rotazione sono responsabili dell'attività di accoglienza delle persone che entrano nel modulo, un compito che è svolto in maniera quasi esclusiva da queste figure e non da altri membri delle équipes di salute. Questa attività, tuttavia, può scomporsi in diverse pratiche associate a un'articolazione mutevole tra tecnologie dure, semi-dure e leggere (Merhy, Franco 2013): l'*ACS* può quindi rivolgere un sorriso al/la paziente che varca la soglia del modulo, ascoltare la richiesta guardando la persona negli occhi, oppure, continuando a fissare lo schermo del computer e senza proferire parola, può allungare la mano per prendere il foglio di prenotazione della visita che la persona deve svolgere; o ancora, all'uscita della persona dall'ambulatorio, l'*ACS* le consegna i contenitori degli esami delle urine o inserire nel gestionale la richiesta di una successiva visita con la medica di medicina generale del modulo, pratiche che possono essere svolte avendo come principale referente il dispositivo elettronico e parlando frettolosamente con il/la paziente, oppure possono essere accompagnate da un dialogo teso a sondare la comprensione, i dubbi o le difficoltà da parte del/la paziente nel

compiere le attività previste. Il dispositivo dell'accoglienza, sebbene molto importante, può risultare in modo contraddittorio quando, anziché basarsi su tecnologie relazionali tese al riconoscimento del soggetto e del suo protagonismo, è contraddistinto unicamente da dinamiche burocratiche e spersonalizzanti (Carvalho, Franco 2015). Le attività di accoglienza sono quindi distribuite in modo variabile a seconda non solo della persona formalmente responsabile per quel turno, ma anche a seconda del tipo di tecnologia mobilitata dalla singola ACS sollecitata a interagire da parte di quelle persone maggiormente conosciute o che riconoscono in quella professionista una modalità relazionale che produce riconoscimento e attenzione. Più ACS sono quindi compresenti nello spazio dell'accoglienza, in quanto la scrivania qui posta è il crocevia dei documenti, come richieste, prenotazioni di visite o esiti di esami, che viaggiano non solo tra case degli/le abitanti e modulo di salute, ma anche tra stanze diverse dello stesso modulo, come gli ambulatori di medicina generale, gli ambulatori dei vaccini e l'ufficio dell'amministrazione, e la cui gestione è in capo alle *Agentes*. Lo spazio dell'accoglienza emerge quindi come particolarmente cruciale nel processo di produzione dell'assistenza, in quanto il rapporto tra un'attività tecnica, come la prenotazione di un esame, e la creazione del vincolo con il/la paziente trova un'articolazione non stabilita a priori.

[...] In generale Ana, l'ACS, continua a muoversi da una stanza all'altra, prende dei fogli, li va a portare, ritorna al tavolo dell'accoglienza con altri documenti. In questo via vai comunque non perde l'occasione di salutare le persone, rivolgere loro un sorriso o una battuta; a una ragazzina dice "se vuoi puoi spostare la sedia dall'altro lato" perché sul lato in cui si trova arriva direttamente l'aria del condizionatore e fa un po' troppo freddo. Capita anche che mentre si muova da una stanza all'altra comunque entri qualcuno/a di nuovo; questa persona difficilmente si rivolge o viene intercettata dall'altra ACS alla scrivania, ma aspetta di vedere Ana per chiederle un consiglio, farle una richiesta. [...] Ana si siede alla scrivania dopo che una paziente, appena uscita dall'ambulatorio medico, le porta un foglio su cui è segnata la prenotazione di un'altra visita qui al modulo: Ana fissa la visita, stampa il promemoria, evidenzia in giallo la data e l'ora oppure dà anche altri consigli tipo come piegare il foglio in modo che la parte evidenziata in giallo catturi l'attenzione della persona nel tempo e lei non si dimentichi della visita! [...] Vedo l'ACS modificare la data della visita per tre volte in base alla richiesta della paziente: lei non si spazientisce, rompe delicatamente la parte dei fogli stampati in cui sono riportati i dati della visita della signora e li butta nel cestino, mentre tiene da parte il pezzo di foglio bianco riutilizzabile. Commenta questa disponibilità nell'andare incontro alle esigenze

della paziente dicendo che questo è quello che differenzia il modo di fare nell'unità da quello dell'ospedale (diario di campo, osservazione al modulo, 16 aprile 2025).

Il passaggio da un ambulatorio alla scrivania dell'accoglienza può quindi essere unicamente finalizzato alla stampa di un documento, oppure può essere sfruttato dall'*ACS* per avvicinarsi a una persona e chiederle come stanno i suoi familiari, o ancora per intervenire nel conflitto tra una nonna e il relativo nipote stimolando l'adozione di una modalità comunicativa più rispettosa delle emozioni e dei bisogni di ciascuno. Può capitare anche che l'*Agente*, mentre inserisce i dati nei registri elettronici, si faccia carico dell'intrattenimento dei bambini rimasti nella sala d'attesa mentre la loro caregiver è impegnata nella visita nell'ambulatorio. Le attività e lo spazio dell'accoglienza, quindi, creano dei micro-contesti sociali estremamente salienti, in quanto qui si condensano molti dei fattori e dei processi che incidono sulla produzione della cura; processi di informatizzazione, burocratizzazione e coltivazione del vincolo relazionale, cura biomedica e cura delle relazioni interpersonali, accoglienza e personalizzazione e tutela dei processi di organizzazione del lavoro standardizzati si fondono e assemblano in modi variabili nelle pratiche esercitate dalle *Agentes*, prese «tra la croce e la spada» (Chuengue, Franco 2018).

All'esterno della struttura del modulo di salute, il lavoro delle *ACS* si compone principalmente di attività come la consegna delle prenotazioni di visite specialistiche al domicilio delle persone e di visite domiciliari per accertarsi sulle condizioni di salute e svolgere piccole medicazioni con le figure tecniche dell'équipe di salute (*técnicos/as de enfermagem* e infermieri/e). Come già accennato precedentemente, più i processi di raccolta e registrazione delle informazioni sono concepiti in termini quantitativi e informatizzati all'interno di una gestione manageriale dei moduli di salute, meno tempo viene dedicato alle attività di coltivazione del legame direttamente nel territorio e nei luoghi di vita della popolazione locale. In occasione di un giro nella microarea di competenza per la consegna di alcuni referti, incontrando l'*ACS*, un'abitante esclama «Há muito tempo que você não está por aqui! O que está acontecendo?» [È da tanto tempo che non ti vedo qui in giro! Cosa succede?]: la risposta della professionista si concentra sull'esigenza di “atualizar o cadastro” e sul bisogno dei dati da parte dell'ente gestore (diario di campo, osservazione del modulo, 16 aprile 2025). Se la qualità della cura dipende anche dal tipo di vincolo con la persona-paziente che, connesso alla produzione di pratiche assistenziali, si compone di elementi come l'affetto, la confidenza e l'empatia (*ibidem*), risulta importante osservare anche come il mantenimento di questo legame si produce nel territorio anche in relazione ai procedimenti inerenti una cura

più tecnicista. È il caso della consegna al domicilio dei documenti di prenotazione delle visite specialistiche, su cui il seguente estratto del diario di campo si concentra.

[...] è un'attività che la [Ana, una delle ACS] porta in giro per le strade della zona, dove viene costantemente salutata, e viceversa, o anche fermata da persone che le chiedono dei consigli su come fare per avere quella risposta che da tanto tempo attendono o come fare per riuscire a parlare con il medico. Non importa se la persona sia a piedi o in macchina, non importa se ci si trovi sul marciapiede o in mezzo alla strada, Ana si ferma, saluta con il sorriso, ascolta e parla dando immediatamente la risposta o assicurando che si informerà e poi darà un ritorno all'interessato/a. Aggiunge anche sempre che, in caso di dubbi o altre domande, la persona può contattarla quando vuole sul suo cellulare. Tra le persone che incontriamo per caso, c'è un signore a piedi che aveva una serie di fogli nella sua agenda: lui e Ana si conoscono, si salutano con affetto, lui le chiede di poterle dare dei documenti per il medico (mi pare di capire, o comunque documenti che lui avrebbe dovuto portare all'unità). Ana mi spiega davanti a questo signore che li prende volentieri per agevolarlo, anche se quest'ultimo non sarebbe un residente della sua zona. L'ACS, rivolgendosi al signore, dice scherzando «eu só faço isso porque é você [lo faccio solo perché sei tu]»; il signore le risponde «é uma mentira» [è una bugia], sa che lei lo farebbe con chiunque altro «porque você tem um coração grande» [perché hai un cuore grande]. Dopo averlo salutato, Ana mi spiega meglio che lui ha accettato la consegna di documenti da parte di un usuario che non è in carico a lui perché «o posto é unico»⁹⁰ e non ha senso non facilitare l'accesso di un singolo al servizio.

In generale quando Ana consegna il foglio a una persona, ripete il nome della visita che il paziente dovrà fare, ogni tanto aggiunge un commento tipo “è qualcosa che riguarda la vista”, ripete il giorno e l'orario e si accerta che la persona sappia come fare per arrivare a destinazione; altrimenti le dice il numero del bus da prendere e dove scendere (diario di campo, osservazione del lavoro dell'ACS, 14 aprile 2025).

Proprio come all'interno degli spazi del modulo, anche all'esterno, seppur prese da esigenze di natura burocratica, come la consegna di documenti inerenti dei trattamenti biomedici, le ACS mobilitano competenze relazionali e pratiche tese all'accoglienza e alla fortificazione di un legame di conoscenza e fiducia; la priorità viene data quindi all'incontro con la singola persona, alle sue specificità e alle sue esigenze, al fine di costruire una cura che si differenzi da quella ospedaliera: le esigenze di organizzazione delle équipes del modulo non devono

⁹⁰ Il “posto” è il modulo di salute, chiamato così in virtù degli ambulatori di medicina territoriale “storici”, *os postos de saúde*, cioè i punti vaccinali che erano dislocati nel territorio negli anni Settanta, Ottanta e Novanta.

ricadere negativamente sull'assistenza alla popolazione locale, ma vengono adattate dall'*ACS* ad essa. Affetto e dimostrazione di disponibilità sono i “materiali” che sostanziano questo legame tra abitanti e *Agente*, contraddistinta per l'appunto da “un cuore grande”; anche i trattamenti biomedici richiedono una essenziale cura relazionale: «È nell'incontro dell'operatore con l'utente che l'accesso si configura o meno come dispositivo di cura, e ciò che lo definisce è lo sguardo sensibile, il gesto di accoglienza, il legame che si instaura tra i due, associati all'azione interessata, nel campo della micropolitica, nello scenario della produzione di cure» (Carvalho, Franco 2015: 878, trad. mia).

Alla luce di tutto questo, tuttavia, sorgono alcune domande: cosa rimane di una cura più collettiva e comunitaria? Che ne è del compito di mobilitazione della popolazione locale? Innanzitutto le attività di tipo gruppale realizzate all'interno del modulo sono limitate e riguardano principalmente incontri dedicati alle donne in gravidanza e alle loro famiglie e alcuni appuntamenti focalizzati su temi specifici realizzati grazie a progetti di collaborazione con l'università locale. L'individuazione di questi temi avviene attraverso una combinazione delle direttrici individuate dall'ente gestore, spesso comuni a tutte le unità e moduli di salute del comune e quindi non tarate sul singolo territorio, e delle percezioni delle figure responsabili del modulo. Sebbene la narrazione proposta dalle rappresentanti dell'ente gestore in merito all'esigenza di raccolta e registro dei dati sulla popolazione locale sia quella di «fazer um diagnóstico do território e planejar as ações [fare la diagnosi del territorio e pianificare le azioni]» (diario di campo, riunione con l'ente gestore, 14 aprile 2025), tali diagnosi territoriali sono definite solo sulla base dei dati informatizzati; tuttavia, la qualità di questi dati risente della quantificazione dell'obiettivo e dello scarso tempo e spazio destinati alla raccolta di informazioni sensibili, che mettono in gioco identità sociali che le persone vogliono tutelare, e che quindi richiedono setting adeguati e non coincidenti con lo spazio affollato dell'accoglienza nel modulo. Queste informazioni, inoltre, non vengono arricchite da osservazioni che sfuggono alle categorie predeterminate dei registri informatizzati e la costruzione di una panoramica complessiva non viene prodotta coinvolgendo i membri del modulo, e quindi nemmeno le *Agentes*, pur avendo queste ultime uno sguardo privilegiato sul territorio. Nonostante le équipes del modulo si riuniscano settimanalmente, gli argomenti di confronto non riguardano le dinamiche territoriali o la frequenza di certe malattie o situazioni sociali osservate, in quanto il tempo dedicato alla riflessione congiunta viene inghiottito dalle esigenze di trovare un equilibrio tra la gran mole di lavoro e il personale numericamente insufficiente rispetto ai bisogni di salute della popolazione locale. Ciò che ne risulta è una generale precarietà nell'analisi del lavoro svolto e del territorio (Chungue, Franco 2018).

Emerge quindi uno scarto deciso tra quanto indicato a livello legislativo e quanto avviene nella quotidianità del lavoro delle *ACS*; come sintetizzato da una ricercatrice che a lungo si è occupata della formazione di queste figure, oggi le loro attività sono principalmente quelle di «busca [ricerca], cadastro [registro] e acompanhamento [accompagnamento/monitoraggio]» (diario di campo, incontro con Manuela, 22 gennaio 2025), mentre lo spazio e il tempo dedicati alla costruzione di diagnosi territoriali approfondite o alla mobilitazione della popolazione locale appaiono alquanto marginali. Il raggiungimento di obiettivi predefiniti riguardanti una visione tecnicistica della salute, la quantificazione e l'informatizzazione dei processi contribuiscono ad aumentare la precarietà percepita dagli e dalle *Agentes*, una trasformazione che è sintetizzata nell'essere «meno trasformatori sociali e più raccoglitori di dati» (Nogueira 2019). Specialmente da parte di chi ha osservato nel corso del tempo lo sviluppo di questi processi e l'imposizione del modello manageriale del lavoro, viene sottolineata la trasformazione del lavoro di *ACS* dal polo della mobilitazione sociale (quindi volto alla mobilitazione comunitaria e all'auto-organizzazione, alla rivendicazione di diritti e migliori condizioni di lavoro per tutti e tutte) a quello della riproduzione di protocolli e progetti di salute definiti centralmente e focalizzati su certe condizioni patologiche o determinate fasce della popolazione (*ibidem*).

Forse è anche alla luce di queste trasformazioni che è possibile comprendere in che modo le conoscenze esperienziali attribuite all'*ACS* in virtù della sua identità sociale di residente, quindi della sua appartenenza alla comunità locale, sono concepite e quale spazio trovano nei processi locali di produzione della salute. Nei testi delle leggi che istituiscono e descrivono l'attività lavorativa di questa figura, uno dei requisiti è la residenza nell'area di lavoro che, tuttavia, deve essere avviata almeno dal momento di pubblicazione del bando di selezione per *ACS*; ciò che ne consegue è che il legame di conoscenza del territorio e con la popolazione locale non si basa necessariamente su un'abitazione di lungo corso e su una conoscenza approfondita e storica del contesto sociale. Nell'esperienza concreta dell'organizzazione della sanità territoriale, inoltre, la definizione dell'area geografica è più sfumata di quanto comunemente percepito: come confermato da varie osservatrici, *ACS* e ricercatrici, alcune *Agentes* possono essere residenti di lungo corso nel territorio specifico in cui operano, mentre altre professioniste non risiedono all'interno dei confini della microarea di propria competenza, e talvolta nemmeno nell'area più ampia di cui il modulo o unità di salute è responsabile, ma vivono in una zona immediatamente adiacente ad essa. La suddivisione in microaree del territorio di cui il modulo è responsabile, inoltre, viene decisa sulla base di una costruzione topografica realizzata da figure tecniche dell'ente gestore. Oltre a non prevedere

un coinvolgimento delle figure che maggiormente conoscono il territorio, quindi *ACS* residenti e operanti da tempo nel modulo o altri membri significativi della comunità locale, questa decisione non è soggetta a mutamenti: nel tempo le *ACS* e le équipes di salute non possono proporre modifiche in base a ciò che è più funzionale allo svolgimento del loro lavoro, che, come nel caso del modulo osservato, può svilupparsi in strade lontane una dall'altra senza una evidente logica di continuità. Se da una parte la mancata coincidenza tra area di residenza e area di lavoro potrebbe indurre a pensare a una riduzione del potenziale di azione dell'*ACS*, specialmente se si confronta questo dato con il compito di mobilitazione sociale più praticato nei decenni passati in cui il radicamento territoriale era più forte, dall'altra parte il tipo di conoscenza utile all'aggancio e alla costruzione di un collegamento tra équipes e popolazione locale è relativa soprattutto a «os cenários, os símbolos da comunidade» (diario di campo, incontro con Manuela, 22 gennaio 2025). Si tratta cioè di comprendere la formazione geografica e sociale del territorio, di capire quali sono le relazioni familiari e sociali più significative che legano le persone e di cogliere i valori più rilevanti all'interno del contesto sociale in cui si agisce. Tali conoscenze sono facilitate dall'aver attraversato nella propria traiettoria di vita la medesima o altre *favelas* che presentano caratteristiche socio-culturali simili a quella in cui si opera e dall'appartenenza sociale a una classe popolare (Nunes *et al.* 2002) o subalterna (Nogueira 2019). Un facile equivoco deve essere tuttavia chiarito: come richiamato anche nel secondo capitolo in relazione al concetto di comunità, le *comunidades* non sono universi chiusi e omogenei, ma, specialmente per quelle più grandi, sono composte da diverse stratificazioni sociali; convivono cioè all'interno della medesima area geografica persone con diversi capitali sociali, culturali e, in parte, economici. Di conseguenza, l'equazione tra abitazione in un territorio e conoscenza approfondita e generale della sua popolazione non può essere data per scontata, ma va indagata in base ai percorsi di vita della professionista, alle sue caratteristiche sociali in relazione all'area specifica e alla sua considerazione sociale da parte dei vari gruppi che compongono la popolazione locale. Qualora la singola *Agente* non possenga già una conoscenza approfondita delle persone della propria microarea, la creazione di un vincolo con esse può essere facilitato da altre *ACS* presenti da più tempo all'interno della struttura socio-sanitaria e/o della comunità, sia attraverso una presentazione diretta dell'*ACS* nelle case e nelle strade della comunità sia fornendo degli strumenti che aiutano a orientare la nuova arrivata. Non si tratta di cartine geografiche, piuttosto di mappe sociali elaborate in un quaderno cartaceo che rappresenta una fonte molto preziosa per il lavoro di queste figure. Ogni *ACS*, infatti, possiede un quaderno relativo a una specifica microarea che viene

alimentato nel corso del tempo, e che quindi negli passa tra le mani delle ACS responsabili di quel territorio; questo quaderno contiene i nomi, gli indirizzi e le parentele o relazioni sociali più significative di ciascuna persona, oltre ai codici delle cartelle cartacee associate a ogni paziente. Sebbene queste cartelle non siano più in uso, dato il processo di informatizzazione che ha riunito l'insieme di informazioni nel medesimo gestionale, questo «livro molto molto importante» (diario di campo, osservazione del modulo, 16 aprile 2025) rappresenta ancora una fonte essenziale per lo svolgimento del lavoro di queste figure, ad esempio per l'individuazione dell'indirizzo per la consegna di esami nel momento in cui l'accesso alle informazioni digitali non è garantito (ad esempio perché il computer o internet non funzionano). Oltre a ciò, tale documento permette di individuare agevolmente le relazioni di parentela e riferimento, delle informazioni molto importanti per l'elaborazione di percorsi di cura che richiedono la collaborazione di una rete comunitaria; i nomi sono segnati vicini, uno sopra all'altro, in base al legame che sussiste tra le persone, e solitamente il primo nominativo riportato o quello segnato in rosso indica la persona referente familiare su cui si concentrano le responsabilità di cura degli altri membri (spesso una donna, mai una persona anziana).

Il sapere esperienziale maturato dall'*Agente Comunitária de Saúde* può quindi riguardare differenti elementi (la storia, le relazioni, i valori delle componenti di una comunità), prodursi in modi eterogenei (appartenenza diretta alla comunità, esperienza in un'altra comunità, trasmissione tra ACS), nonché trovare diversi spazi di applicazione. Tra gli ambiti di pratica più inaspettati delle conoscenze delle ACS sugli "scenari" e accadimenti nella comunità, vi è il supporto e la tutela degli altri membri delle équipes. L'inserimento delle *Agentes* nei gruppi di messaggistica istantanea dei/lle residenti della zona permette di accedere a informazioni importanti sul clima sociale nella comunità, come l'entrata della polizia nell'area, e di allertare il gruppo di lavoro rispetto alle attenzioni da attivare all'uscita dal modulo; o ancora, all'arrivo di nuovi/e professionisti/e originari/e di altre zone del territorio nazionale, l'ACS può sostenerli/e nell'orientamento nel territorio e nell'individuazione di un'abitazione o di altri servizi locali. Attraverso la mobilitazione di conoscenze prodotte dalla sua appartenenza sociale al territorio, l'ACS, quindi, esercita una cura, intesa come salvaguardia della vita e rafforzamento della capacità di agire, anche nei confronti dei propri colleghi e colleghe, un esercizio che eccede i confini del solo campo lavorativo. Per ciò che riguarda gli ambiti di azione più prettamente lavorativa, e per quanto ho potuto osservare, questi riguardano soprattutto la costruzione di un legame di conoscenza e fiducia tra i membri delle équipes, il modulo di salute e la popolazione locale, l'adattamento dei linguaggi burocratici e biomedici al mondo sociale e culturale delle persone-pazienti, la raccolta e la registrazione di dati che,

tuttavia, seguono più le esigenze di rispetto di standard quantitativi che qualitativi. Nonostante non sia stato possibile indagare in maniera più approfondita il confronto tra diversi saperi, esperienziali e biomedici, promossi dalle varie figure professionali che compongono i moduli di salute nella costruzione di percorsi di cura individuali e collettivi, non è difficile immaginare l'eterogeneità di accenti posti nell'analisi di una medesima situazione. In occasione della riunione con le funzionarie dell'ente gestore da cui era tratto uno degli estratti del diario di campo riportati nelle pagine precedenti, alla domanda «perché è importante chiedere della raccolta dei rifiuti?», le prime risposte di una delle *Agentes* fu «la dignità della persona, la sua possibilità di muoversi», a cui una delle infermiere aggiunse «per i problemi respiratori» (diario di campo, riunione con l'ente gestore, 14 aprile 2025). Questo semplice dialogo mostra gli aspetti su cui si concentra una visione di un «corpo senza organi» (Franco, Galavote 2010), quindi incentrata sull'integrità di una persona in relazione al suo contesto di vita (la dignità connessa alla libertà di movimento e alla capacità di agire della persona), e quelli su cui si focalizza una figura formata nell'ambito biomedico (la tutela della sua salute fisica) e che si basano su una concezione anatomo-clinica del corpo⁹¹. Nella pratica quotidiana l'integrazione tra questi corpi può essere sfumata o contrastata a seconda del valore attribuito ai diversi saperi; non solo la gerarchia di saperi, quindi una differenziata legittimazione culturale, sociale ed economica, è ancora molto forte, con una maggiore considerazione per quelli di natura scientifica e biomedica (Quaranta 2020), ma opera sia nella produzione di cure che nella costruzione dell'identità sociale di una professionista “ambigua” come l'*Agente*. Nei testi di legge che descrivono le attività di questa figura, in riferimento alla possibilità di eseguire delle piccole medicazioni al domicilio, le ACS devono essere assistite da «professionisti di salute di livello superiore»⁹². La superiorità, esplicita, è per l'appunto quella dei saperi tecnici, e quindi di chi ne è il/la rappresentante in seguito a un percorso di certificazione dell'acquisizione di questo sapere; chi non possiede questo tipo di bagaglio socio-culturale, si trova al livello “inferiore”.

Le chiedo quindi se le ACS facciano parte dell'équipe tecnica: Ana mi dice di no, perché le ACS «sono più in basso», fa anche un gesto con le mani, una la muove sotto l'altra,

⁹¹ Il corpo anatomo-clinico è il corpo-oggetto concepito in termini esclusivamente biologici, catturato da quello «sguardo retinico» che osserva la struttura o il «simulacro» senza interagire con il soggetto (Rolnik 2006); il corpo senza organi indica invece il corpo-soggetto e rappresenta «il campo di immanenza del desiderio», dove per desiderio si intende un prodotto sociale e storico che consiste in una forza motrice «che mette in moto il soggetto nella costruzione del mondo» e che possiamo comprendere come l'agency senza giudizi di valore, né positiva né negativa (Deleuze, Guattari in Franco, Galavote 2010).

⁹² Legge n° 13.595 del 2018 disponibile al seguente link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm#art2 (ultimo accesso 17.09.2025).

«perché non abbiamo le conoscenze tecniche, di come si fanno i vaccini o altre cose così». «Ma se ad esempio l'infermiera è una figura tecnica, ma l'ACS non è un tecnico, allora cos'è...?» le chiedo con qualche difficoltà. «È un agente di salute», mi risponde (diario di campo, osservazione al modulo, 24 aprile 2025).

L'esclusione dal regno biomedico situa l'*Agente* in un campo di indefinitezza che rappresenta «una delle esperienze più profonde nella vita lavorativa quotidiana dell'ACS», non solo perché il corpus di conoscenze è meno codificato e più variabile rispetto a quello delle altre figure professionali, ma anche perché è nella produzione degli incontri e nella mediazione di mondi sociali che si sviluppa il suo ruolo (Galavote *et al.* 2013). Questa opera di mediazione, come abbiamo visto, può realizzarsi in modi diversi, mai scontati, in quanto la cura è sempre «un processo di costruzione sociale, politica, culturale, soggettiva e tecnologicamente determinata» (Merhy, Franco 2013). Nella sua pratica quotidiana l'ACS, quindi, può produrre una cura relazionale, nutrita da un legame di fiducia e tesa a comprendere le relazioni in cui il soggetto è inserito al fine di aumentare la sua capacità di azione, o una cura standardizzata e dettata da procedimenti burocratici, il cui obiettivo diventa più la produzione di procedure che la produzione di un'assistenza che abbia al centro il benessere dell'individuo (*ibidem*, Chuengue, Franco 2018, Galavote *et al.* 2013). Al fine di produrre una cura in linea con le direttrici proclamate del *SUS*, la direzione è quella di una “transizione tecnologica”, quindi riequilibrare il peso delle diverse tecnologie (dure, semi-dure, leggere) e dare più spazio agli incontri tra corpi-soggetti (Merhy, Franco 2013).

Alla luce di questa panoramica e dell'esigenza di coltivare un legame teso all'avvicinamento alla popolazione locale di una cura in grado di coniugare trattamenti biomedici, analisi e azioni socio-politiche, anche nel caso delle *Agentes* la formazione acquista un valore strategico.

Quando si parla di formazione nel campo della salute in Brasile, i due principali riferimenti sono l'educazione sanitaria e l'educazione popolare in salute. La prima ha rappresentato uno dei nuclei fondamentali delle politiche pubbliche sanitarie tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento, un periodo caratterizzato da grandi cambiamenti tra cui la fine (formale) della schiavitù, l'avvio delle prime industrie, lo sviluppo sregolato delle città e la diffusione di nuove malattie (Nespoli 2016). Incentivata dai progressi nel campo dell'infettivologia, l'educazione sanitaria si concentrò soprattutto sull'esigenza di affrontare le epidemie e la trasmissione degli agenti responsabili attraverso l'adeguamento dei comportamenti di tipo igienico tra la popolazione; una riduzione della complessità eco-sociale all'agente patogeno e

al comportamento individuale, e quindi una scarsissima concezione dell'ambiente e delle dinamiche socio-politiche di produzione delle malattie, favorì la strutturazione teorica e pratica dell'educazione sanitaria come forma di controllo e ordinamento sociale (*ibidem*, Morel 2020), tutt'oggi in essere, come reso manifesto anche dalla gestione della pandemia (Morel 2021). L'*Educação Popular em Saúde (EPS)* si è sviluppata in tempi più recenti, soprattutto tra gli anni Sessanta e Settanta nei movimenti di partecipazione popolare molto attivi nel contrasto all'autoritarismo della dittatura militare, e successivamente ha costituito uno dei capisaldi del movimento di riforma sanitaria che negli anni Ottanta ha elaborato una proposta del *SUS* fondata sulla determinazione sociale della salute (Morel 2020). Le basi di questa concezione dell'educazione in salute sono radicate nel pensiero e nelle esperienze del pedagogista Paulo Freire, i cui obiettivi erano quelli di mettere in discussione l'egemonia dei saperi che contribuivano alla perpetuazione dei sistemi di oppressione e, in relazione alla salute, creare una "coscienza sanitaria" più ampia rispetto alla cura clinica delle malattie (Nogueira *et al.* 2015). Più che un metodo codificato, l'*EPS* rappresenta una prassi politico-pedagogica tesa alla coscientizzazione delle persone a partire dalla riflessione sul loro contesto esistenziale, quindi allo sviluppo di una educazione liberatrice o problematizzante che si distanzia da quella di stampo "bancario" (Freire 1987). Con questa espressione Freire faceva riferimento a un tipo di educazione che deposita un supposto sapere oggettivo e universalmente valido in un discente vuoto, da riempire; tale educazione individua dei rapporti sociali unilaterali all'interno di un contesto gerarchico (di classi sociali e saperi) funzionando come uno strumento di riproduzione dell'esistente, spesso un sistema di oppressione, e di cui l'educazione sanitaria può funzionare come esempio (Nespoli 2016). A differenza di questa, l'educazione liberatrice si fonda su processi come l'emancipazione, il riconoscimento e coinvolgimento di diversi saperi ugualmente legittimati (tecnici, popolari, indigeni), la costruzione condivisa della conoscenza e l'impegno in processi di democratizzazione (Morel 2020, 2021). Tra i principi che guidano l'*EPS* vi sono l'incompletezza degli esseri umani, la produzione diffusa di sapere e l'intreccio tra teoria e prassi. Con il primo concetto, Freire e gli studiosi e studiose dell'*EPS* fanno riferimento all'incessante costruzione di ciascun soggetto in base alle relazioni sociali di cui è partecipe, ovvero un continuo processo antropopoietico; la creazione diffusa dei saperi riconosce che ciascuna persona produce un sapere su di sé, sulla propria famiglia, sulla propria comunità, e che l'educazione si costruisce processualmente nell'interazione tra individui: «nessuno educa nessuno, nessuno si educa da solo, gli esseri umani si educano tra di loro attraverso la mediazione del mondo» (Freire 1987: 78); infine, il legame inscindibile tra teoria e pratica,

tra apprendimento tramite approfondimenti teorici e apprendimento derivante dalle esperienze vissute, porta a individuare come responsabilità propria delle figure educative quella di sviluppare una connessione, una sorta di intimità tra le conoscenze curriculari fondamentali degli studenti e l'esperienza sociale che vivono come individui a tutto tondo (Freire, Nogueira 1993). Al centro di questi principi emerge il riconoscimento dei saperi esperienziali, da mettere in dialogo con quelli definiti come scientifici: «Non ci sono saperi superiori o saperi inferiori: ci sono saperi diversi» (Freire, 1987: 68, trad. mia). Per poter emergere dall'esperienza e costituirsi come saperi, è necessario un processo di analisi e riflessione critica tanto a livello individuale che collettivo; i percorsi formativi incentrati sull'*Educação Popular em Saúde*, quindi, cercano di stimolare la riflessione sull'agire e sul proprio contesto di vita al fine di formare professionisti/e in grado di sviluppare pratiche di dialogo e confronto maggiormente attente e prossime ai vissuti delle persone appartenenti alle classi popolari. Alcuni autori e autrici (Vasconcelos *et al.* 2016: 81-82) rimarcano l'importanza dell'*EPS* fondata sui principi e sui processi sopradescritti in relazione allo sviluppo di una salute universale, equa e democratica; l'educazione liberatrice può costituire uno strumento per attività comunitarie, in quanto favorisce l'emersione di valori e posizioni delle persone abitanti di un territorio, per il rafforzamento e l'efficacia del lavoro clinico, in quanto facilita la costruzione di un contesto di confronto tra il sapere del/la professionista e quello della persona paziente sul proprio vissuto e contesto di vita, e, non ultimo, per la gestione partecipativa delle politiche di salute dentro e fuori i dispositivi già esistenti, come i consigli di salute. L'*EPS*, tuttavia, non gode di buona salute: nonostante costituisca ancora oggi il riferimento teorico principale nel campo dell'educazione alla salute, così come espresso anche nei testi legislativi, questa egemonia non si traduce in pratiche quotidiane nella realtà dei servizi (ivi: 79). Come abbiamo visto, questo contesto è caratterizzato dall'impatto dei crescenti processi di amministrazione e informatizzazione, di cui risente anche l'andamento ambivalente della formazione dei professionisti e delle professioniste della salute, in particolare delle *ACS*. Negli anni Novanta, cioè nel periodo di istituzionalizzazione del lavoro di queste figure, infatti, non venne sviluppata un'adeguata politica di formazione professionale, per cui le *Agentes* sperimentavano delle formazioni "leggere" legate soprattutto ai bisogni delle unità o moduli di salute (Nogueira *et al.* 2015); nel 2004 il Ministero dell'Istruzione brasiliano creò un corso tecnico dedicato alla formazione di queste figure che dal 2007 venne implementato dalla Fundação Oswaldo Cruz, il cui

approccio pedagogico e riferimento etico-politico fu proprio quello dell'*EPS* (*ibidem*)⁹³. Nel 2013 venne formulata una politica nazionale di formazione incentrata sull'*EPS* e destinata a rafforzare un sistema di salute democratico, la *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*, di cui una delle principali strategie di implementazione è il *Curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS)* coordinato dalla medesima fondazione. Il rischio di cristallizzazione e riduzione del potenziale di questo approccio pedagogico e politico derivante da un processo di istituzionalizzazione e modellizzazione che ne predetermina le forme, tuttavia, viene contrastato dalla natura fluida e altamente contestuale dell'*EPS* (*ibidem*). La formazione proposta all'interno di questi programmi risulta di importanza cruciale per la costituzione della figura dell'*ACS*, il cui ruolo è appunto quello di costruire un ponte bidirezionale tra popolazione locale e unità di salute, e acquisisce ulteriore rilevanza considerato che l'*Agente* è una delle poche figure professionali che entrano nel *SUS* senza avere una formazione specifica. Con ciò non si intende non riconoscere il loro sapere esperienziale, quindi quello maturato nel corso della loro esistenza in quanto «soggetti di un tempo e di un luogo nella società» (ivi: 441), ma di costruire uno spazio formativo in cui far emergere e sistematizzare innanzitutto la propria esperienza e maturare un modo di conoscere che contrasti e de-naturalizzi il sapere e le pratiche biomediche predominanti nei contesti lavorativi in cui le *ACS* sono inserite. L'obiettivo perseguito è quindi quello di formare non per costruire un ulteriore sapere tecnico-scientifico, ma per “de-territorializzare”, cioè rompere l'egemonia del modello biomedico nella produzione della salute che costituisce i territori (significati, valori, pratiche) dell'assistenza: «De-territorializzazione significa rompere con le logiche consolidate, capitalistiche, biomediche, centrate sulle procedure, aprendosi a nuove soggettività formate sulla base dell'estetica della molteplicità, che interpreta il mondo del lavoro e della cura nella sua forma complessa, con l'espressione delle singolarità, e dell'etica della differenza» (Merhy, Franco 2013). Nonostante i processi di istituzionalizzazione e formulazione delle politiche di costruzione e tutela di queste lavoratrici, il percorso formativo che coinvolge le persone assunte come *ACS* varia a seconda delle risorse localmente presenti e l'interesse nutrito dalla singola professionista. La formazione iniziale dovrebbe essere garantita dai comuni e dagli enti gestori, ma, come nell'esperienza delle *Agentes* incontrate nel modulo osservato, non sempre viene fornita: «no início [...] só me disseram: “Você precisa conhecer as pessoas, saber onde elas moram,

⁹³ La Fundação Oswaldo Cruz è un importante istituto di ricerca e sviluppo nell'area della salute pubblica collegato al Ministero della Salute brasiliano. Rappresenta la principale istituzione non universitaria di formazione e qualificazione del personale operante nel *Sistema Único de Saúde*. Per approfondimenti, si veda il sito <https://fiocruz.br/> (ultimo accesso 18.09.2025).

entregar os documentos” [all’inizio mi dissero solo “tu devi conoscere le persone, sapere dove vivono, consegnare i documenti”]» (diario di campo, osservazione nel modulo, 16 aprile 2025). La formazione continuativa dipende dalle necessità individuate dall’ente gestore e spesso si concentra su singole patologie, come la tubercolosi o l’obesità infantile; i programmi nazionali, sia di formazione generale che di *EPS* destinati alle sole *ACS*, non sono obbligatori, ma vengono scelti per diversi motivi (migliorare l’assistenza prodotta, aumentare il proprio stipendio, rafforzare il proprio status sia agli occhi dell’équipe di salute che della comunità) e dipendono dall’adesione dei singoli stati o comuni. È questo il caso delle principali esperienze formative per le *ACS*, quali il programma ministeriale *Mais Saúde com Agente* e l’*EdPopSUS* coordinato dalla Fundação Oswaldo Cruz⁹⁴ che, tuttavia, si differenziano sotto vari profili, non ultimo l’estensione territoriale. Se il primo è stato attivato nel 98% dei comuni dell’intero Brasile, del secondo, attivo dal 2013, sono state realizzate tre edizioni, ma dai 15 stati brasiliani della seconda edizione, oggi il corso è attivo in soli 4 stati. Per ciò che riguarda i contenuti e le modalità di realizzazione della formazione, questi risentono delle concezioni di salute e dei riferimenti teorici e pedagogici che le caratterizzano. Nel caso del programma *Mais Saúde com Agente*, i moduli formativi che lo compongono spaziano dall’etica professionale, a nozioni di epidemiologia e parassitologia, ai concetti di equità di genere ed etnia, alla salute mentale o al lavoro di gruppo interprofessionale. Questi vengono affrontati principalmente attraverso delle lezioni virtuali pre-registrate, talvolta integrate da attività svolte in autonomia dalla singola lavoratrice o con il/la tutor assegnato/a, come l’elaborazione scritta di un possibile incontro da realizzare con le scuole della zona in cui si opera. Nel caso dell’*EdPopSUS*, il corso è organizzato attorno a cinque assi tematici, quali la storia, intesa come le memorie del territorio e delle lotte che si sono prodotte, la cultura, ovvero i vari saperi e valori circolanti tra la popolazione e la loro relazione con la produzione di salute, la democrazia, quindi l’approfondimento della partecipazione popolare e delle organizzazioni politico-sociali, la sorveglianza sanitaria, cioè l’individuazione delle pratiche attuate dalla popolazione e l’analisi delle situazioni che minacciano o potenziano la vita nei territori, e infine la cura, discussa nella sua integralità (tra corpo, mente, spirito, tra individuo, collettività e territorio, tra saperi ancestrali, popolari e

⁹⁴ Questo corso di formazione si rivolge sia alle *Agentes Comunitárias de Saúde* che agli/le *Agentes de Combate às Endemias*, delle figure che si occupano della prevenzione e gestione delle malattie infettive. Oltre a implementare la politica nazionale sull’educazione popolare nella salute, questo corso risponde all’esigenza di fortificare le altre politiche strutturanti il *SUS* riguardanti la formazione permanente dei lavoratori e delle lavoratrici, l’equità e la partecipazione sociale (rispettivamente la *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*, la *Política de Promoção da equidade* e la *Política Nacional de Participação Social*). L’*EdPopSUS* è promosso dal Ministero della Salute brasiliano, dai collettivi di *Educação Popular em Saúde* ed è organizzato principalmente dalla Fundação Oswaldo Cruz.

tecnici)⁹⁵. La formazione alle *Agentes*, svolta in presenza e in gruppo, è l'ultima tappa di un percorso collettivo, precedentemente articolato nella costruzione collegiale del materiale pedagogico da parte delle istituzioni promotrici e nella formazione delle figure educative che accompagneranno le *ACS* negli incontri presenziali. Queste figure possono avere profili e livelli di istruzione diversi, ma sono accomunate da esperienze educative o di cura nell'area della salute, nei movimenti sociali o in spazi comunitari. La loro formazione risulta un processo fondamentale in quanto il loro modo di porsi e interagire con gli altri soggetti e temi del corso non può riproporre una modalità unidirezionale e standardizzata, ma deve essere supportato nella costruzione di un processo dialogico teso all'emancipazione di tutte le persone coinvolte; non ci può essere insegnamento senza, anche, un apprendimento: «Non c'è docenza senza apprendimento, i due si spiegano a vicenda e i loro soggetti, nonostante le differenze che li connotano, non si riducono alla condizione di oggetto l'uno dell'altro» (Freire 1996: 25, trad. mia).

I percorsi formativi di una figura, come l'*Agente Comunitária de Saúde*, così strategica per la produzione di una salute concepita e praticata nel solco della determinazione sociale, rivestono una decisa importanza a fronte delle complessità che contraddistinguono il contesto in cui si sviluppano. L'attenzione ai contenuti veicolati, quindi allo spazio dedicato ad approcci storici, politici e sociali allo studio dei processi di salute e malattia, deve essere accompagnata dall'adozione di modalità interattive che coinvolgano la singola lavoratrice, a partire dai suoi vissuti di vita e lavoro, in relazione al contesto in cui la sua esperienza si produce. Il difficile equilibrio tra processi di amministrazione di una salute concepita in termini biomedici e processi di promozione della salute radicati nella partecipazione di individui e comunità è visibile anche nell'andamento della formazione destinata alle *ACS*. È anche attraverso l'analisi del versante formativo dell'esperienza di questo soggetto che si colgono le ambivalenze della sua identità e del suo ruolo, un "nomade" in movimento tra appartenenza all'istituzione sanitaria e appartenenza comunitaria, tra biomedicina ed educazione popolare, tra équipe di salute e popolazione locale, tra qualità e quantità di assistenza, all'interno di una persistente gerarchia dei saperi e dei rapporti di potere.

⁹⁵ Per un approfondimento del materiale formativo, si veda il testo dell'ultima edizione del corso consultabile al seguente link: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/miolo_form_edpop.pdf (ultimo accesso 23.09.2025).

3.3 - ... a Pescarola (Bologna)

Come accennato nelle pagine introduttive al capitolo, questa sezione è dedicata all'esplorazione di un progetto di formazione di potenziali Agenti Comunitari/e di Salute nel contesto bolognese, attraverso cui ragionare sul ruolo dei cittadini e delle cittadine nel processo di cura della propria comunità territoriale. Il campo al centro di queste riflessioni è quindi costituito da un progetto sviluppato dal Centro di Salute Internazionale e Interculturale APS che mi ha vista attivamente coinvolta in ruoli di formatrice, operatrice e ricercatrice; questo progetto mi ha permesso di partecipare e osservare da una posizione molto prossima l'oggetto di studio, posizionando lo zoom sul "micro" (Vinai 2024)⁹⁶. L'attività è stata realizzata in collaborazione con le istituzioni locali in una periferia della città di Bologna, in cui l'associazione è presente in più modi da diversi anni. Dal 2015, infatti, il CSI è attivo nella vita territoriale della zona attraverso varie attività di ricerca-azione e promozione della salute che garantiscono una presenza continuativa oltre ai singoli incontri di progetto (Cacciatore *et al.* 2020). Tale presenza prolungata ha permesso di osservare le eterogenee dinamiche di cura e i vari posizionamenti assunti dai vari attori implicati nell'area (abitanti, professionisti/e sociali e sanitari/e, referenti di servizi e istituzioni, operatori/trici di associazioni locali). Specialmente in quei territori in cui si concentrano più processi di svantaggio socio-economico, le identità dei e delle abitanti si giocano tra vari spazi in cui molteplici pratiche di cura si sviluppano: presso l'ambulatorio medico per ricevere una medicazione o sulla panchina del parco mentre si confida all'infermiera la paura di affrontare una visita importante; ma ancora, nell'androne del palazzo quando si incontra la vicina anziana e le si chiede se ha bisogno di una mano per andare a fare la spesa o quando, insieme ad altri/e residenti, si organizza un pranzo collettivo per stare insieme e combattere la solitudine che in tanti/e vivono tra le mura domestiche. Nell'ambito privato gli e le abitanti di classi sociali marginalizzate si ritrovano quindi tanto nella posizione di fruire quanto in quella di produrre un sistema di cura informale. Di fronte a queste osservazioni, sono emerse alcune domande: che cosa succede quando nel campo della cura comunitaria si tenta di formalizzare questi posizionamenti basati sull'esperienza di vita delle persone? Quando, come e da chi viene accolto l'apporto che i cittadini e le cittadine danno in questo processo? Quali forme assume (e potrebbe assumere) questo apporto? Il tentativo di aprire un nuovo spazio di

⁹⁶ La quasi totalità di quanto segue è tratta dall'articolo "Verso la promozione della salute comunitaria: spazi di azione e limiti nella costruzione di una responsabilità condivisa in una periferia urbana" scritto a quattro mani con il collega Lorenzo Betti, che ringrazio, e comparso nel numero monografico dedicato alle responsabilità di cura e prossimità della rivista *Lares*. Per un confronto, si veda Betti, Girardi 2024.

riconoscimento del sapere informale praticato dai e dalle abitanti nella cura del proprio territorio, in questo caso attraverso la proposta di una nuova figura semi-professionale, ha fatto emergere, ancora una volta, come le attribuzioni di senso siano frutto di rapporti di potere.

Le prossime pagine sono quindi dedicate al racconto e all'analisi di alcuni dei nodi più interessanti emersi nello svolgimento del percorso di formazione-intervento sulla figura dell'Agente Comunitario/a di Salute, quali la definizione dei saperi necessari per il processo di cura territoriale, il riconoscimento dei diversi strati che compongono la cura di una comunità territoriale e dei ruoli formali e informali esercitati da una pluralità di soggetti.

Il progetto, al centro del caso studio qui indagato etnograficamente, si è svolto tra ottobre 2022 e aprile 2023 nella città di Bologna e ha riguardato tanto l'ideazione e condivisione del progetto che l'implementazione del "laboratorio", chiamato così in virtù del carattere sperimentale e partecipativo che l'ha caratterizzato. Nel corso di sette mesi, quindi, si sono susseguite diverse fasi: la presentazione della proposta alle istituzioni locali, l'individuazione congiunta (tra ente promotore, istituzioni locali e servizi sociali, sanitari e abitativi territoriali) delle persone residenti a cui proporre la partecipazione al progetto, lo svolgimento del laboratorio di formazione sulla figura dell'ACS e, concluso il laboratorio, la realizzazione di incontri formali e informali per valutare l'esperienza e la sua possibile prosecuzione. In tutte queste fasi sono stati prodotti vari materiali fondamentali per la ricerca etnografica in questione, tra cui: i verbali delle riunioni (sia interne al gruppo promotore del progetto sia con le referenti istituzionali e dei servizi locali), il report del progetto e, in particolare, il diario di campo collettivo. Quest'ultimo è stato realizzato a più mani dalle ricercatrici dell'ente promotore, tra cui la sottoscritta, e ha raccolto i dati e le osservazioni scaturiti sia dagli appuntamenti del laboratorio sia dagli incontri informali con alcuni soggetti chiave (professionisti/e dei servizi, altri/e residenti) realizzati a partire dalla presenza continuativa nell'area. L'analisi proposta si concentra dunque sul materiale raccolto, posto in dialogo con la letteratura relativa agli e alle Agenti Comunitarie di Salute e al tema del sapere esperienziale⁹⁷.

Per facilitare la comprensione del caso analizzato è utile innanzitutto provare a inquadrare il contesto demografico, sociale e politico in cui si è generato e sviluppato il progetto.

⁹⁷ Come segnalato anche nell'articolo comparso sulla rivista *Lares*, il testo proposto è frutto di un percorso più articolato portato avanti dal gruppo di ricerca del CSI, impegnato nella costruzione del progetto oltre che nella redazione del diario collettivo. In linea con i "ringraziamenti" ai soggetti della ricerca, un caloroso riconoscimento va a tutte le persone coinvolte nella progettazione e nell'implementazione della formazione-intervento, in particolare le cinque persone residenti, senza le quali il progetto e il caso studio non sarebbero potuti esistere.

Il territorio a forte concentrazione di edilizia residenziale pubblica nel quale la formazione-intervento (Martino *et al.* 2016) ha avuto luogo è un'area periferica della città di Bologna caratterizzata da indici elevati di fragilità socio-economica e sanitaria. Tali dati sono stati prodotti da un ampio progetto inter-istituzionale di ricerca sulle disuguaglianze in salute nella città felsinea, avviato a partire dal lavoro di ricerca-azione e dal dialogo con le istituzioni locali operato dal CSI in questa zona (CSI 2022). Nel corso degli anni le azioni dell'associazione si sono concentrate nell'ambito del lavoro di comunità (Payne 1995, Folgheraiter 2018, Calcaterra, Panciroli 2021) con l'obiettivo di coinvolgere la popolazione locale maggiormente esposta a fenomeni di marginalizzazione, il Terzo settore locale e le istituzioni di welfare territoriale in attività di promozione della salute (WHO 1986). La costruzione di percorsi che si basassero su una responsabilità condivisa e sul coinvolgimento di ciascun attore territoriale è stata quindi una pratica sottostante continuativa al lavoro di promozione della salute nel tempo, in linea con il carattere reticolare e partecipativo del lavoro di comunità e prossimità (Bongiovanni, Andorlini 2023). Tra questi percorsi si situa anche il supporto alla nascita della Microarea e al suo sviluppo che, tra le varie direzioni assunte, ha previsto anche lo stimolo al coinvolgimento di alcune residenti di riferimento per la comunità territoriale nelle attività di prevenzione e promozione della salute proposte dall'équipe sociosanitaria.

È dunque in questo solco di relazioni e conoscenze che si sviluppa il progetto sulla figura dell'Agente Comunitaria di Salute, sostenuto in particolare da alcuni enti locali, *in primis* il Servizio Sociale di Comunità e l'Ufficio Reti e Lavoro di Comunità del Quartiere di riferimento⁹⁸. Il progetto ha avuto un duplice obiettivo, perseguito attraverso una costante attenzione al contenuto e al suo processo di definizione: da una parte l'individuazione delle caratteristiche della figura dell'ACS e delle condizioni necessarie alla sua sperimentazione sul campo; dall'altra la formazione laboratoriale di cinque potenziali Agenti Comunitari/e di Salute, scelte di concerto con i servizi locali tra la popolazione dell'area periferica in questione⁹⁹.

⁹⁸ Come accennato nel secondo capitolo, l'Ufficio Reti e Lavoro di Comunità è presente in ogni Quartiere della città di Bologna e si occupa del rafforzamento delle reti comunitarie locali e del coinvolgimento di enti associativi e gruppi di cittadine nella cura del territorio.

⁹⁹ Di età compresa tra i 45 e i 75 anni, la maggior parte delle persone coinvolte è di sesso femminile (4 su 5). Per questa ragione e in linea con il profilo prevalentemente femminile di questa figura nelle varie esperienze internazionali, come quella brasiliana, d'ora in poi utilizzerò il femminile sovraesteso per riferirmi alle potenziali ACS nel contesto bolognese. Data la prevalenza di persone che si identificano nel genere femminile tra le varie figure professionali incontrate in questo campo, anche per loro (operatrici, referenti di servizi e istituzioni) utilizzerò il femminile sovraesteso.

Nel processo di immaginazione di questa figura che, come già accennato, è inedita nella sua dimensione strutturata nel panorama locale e nazionale, il gruppo di ricerca proponente il progetto si è ispirato a quella della *Community Health Worker* (Lehman, Sanders 2017, Rifkin 2017, 2019), in virtù del paradigma della promozione della salute e di una concezione ampia e profonda della *Primary Health Care*. Al centro di questo paradigma teorico e politico emerge la presa di potere da parte di individui e comunità sulle proprie condizioni di vita e, quindi, di salute (WHO 1986), ed è in quest'ottica che la pratica dello sviluppo di comunità è sempre stata perseguita dal gruppo di ricerca-azione del CSI sul territorio in questione. La formulazione del *continuum* di comunità (Jackson *et al.* 1986), articolato tra il supporto individuale, il mutuo aiuto, l'azione collettiva per uno scopo comune, la partecipazione alla gestione dei servizi e nelle organizzazioni locali, l'attivismo per i diritti di tutte, è stata un'utile cornice all'interno della quale interpretare lo sviluppo del progetto, proponendo alle abitanti partecipanti un inquadramento teorico ancorato all'esperienza concreta di cui esse stesse sono state parte. Se quella del supporto individuale rappresenta una fase imprescindibile e continuativa per lo sviluppo di una comunità caratterizzata da importanti dinamiche di marginalizzazione (*ibidem*), trattandosi di una comunità territoriale particolarmente svantaggiata, lo sviluppo del laboratorio si è concentrato sui primi gradini del *continuum*, quindi sul supporto individuale e sulla creazione di un contesto di mutuo aiuto innanzitutto tra le partecipanti, pur lavorando nella direzione di una partecipazione alla gestione dei servizi locali. In sostanza, l'orientamento è stato quello di contribuire all'*empowerment* della comunità agendo sull'intersezione tra una capacitazione individuale delle residenti coinvolte nel progetto e la creazione di una figura esperta della propria comunità e riconosciuta nel suo essere parte del processo di cura territoriale. Al centro di questa intersezione, il sapere esperienziale della popolazione locale.

Tra le direttrici che hanno caratterizzato lo sviluppo della formazione sulla figura dell'Agente Comunitaria di Salute, fin dall'inizio è stato posto l'accento sul riconoscimento di quel portato relazionale e conoscitivo proprio di chi abita quotidianamente un territorio ed esperisce in maniera diretta il peso delle disuguaglianze sociali. Se è proprio tale portato che dovrebbe contraddistinguere le *Community Health Workers* al fine, specialmente nei paesi a medio e alto reddito, di creare un collegamento con i gruppi sociali maggiormente marginalizzati a cui le professioniste sanitarie solitamente faticano ad avvicinarsi e con cui lo sviluppo di una relazione di cura richiede un alto grado di adattamento (Perry *et al.* 2014), definire questo portato, tuttavia, non è un'operazione affatto scontata. Non solo, come abbiamo visto anche nel caso brasiliano, la conoscenza maturata dall'esperienza diretta di

fenomeni di marginalizzazione e abitazione di un dato territorio possono essere sfruttati per la produzione di procedure burocratiche incentrate su una visione biomedica della salute, anziché su una mobilitazione della popolazione locale per rafforzare il controllo sulle risorse che generano la loro salute; di per sé, infatti, la categoria di sapere esperienziale rappresenta un oggetto dai contorni sfumati. Diversamente dal contesto brasiliano in cui questa categoria è più radicata grazie al portato storico e sociale dell'*Educação Popular em Saúde*, nei contesti europei è emerso principalmente all'interno di spazi sanitari in relazione a determinate condizioni di malattia; con sapere esperienziale ci si riferisce, quindi, a una “pratica della conoscenza” di tipo processuale, olistico e di utilità immediata derivante dall'esperienza diretta di un fenomeno, come una patologia cronica (Borkman 1976, Blume 2016). Se l'incorporazione rappresenta un processo distintivo nella formazione del sapere esperienziale, non è di per sé sufficiente: è necessario che vi sia anche un lavoro riflessivo da parte del soggetto interessato e che tale riflessione sia alimentata dalla condivisione e dal confronto con altre persone coinvolte in una medesima esperienza (*ibidem*, Halloy *et al.* 2023). Ed è proprio nella relazione tra individui accomunati da un fenomeno simile, come una malattia, che il valore del sapere esperienziale emerge al di là dei confini individuali, tramutandosi in una risorsa per altre persone “alla pari”. Accanto all'incorporazione e al confronto con altri “pari”, la sistematizzazione dell'esperienza emerge come processo parimenti essenziale; al fine di trasformare il “solo” vissuto in conoscenza, è necessaria quindi un'interpretazione critica dell'esperienza che, a partire dalla sua organizzazione e ricostruzione tra persone che l'hanno attraversata, esplicita la logica del processo vissuto, i fattori che sono intervenuti nel processo, come si sono relazionati tra di loro e perché lo hanno fatto in quel modo (Holliday in Nogueira *et al.* 2015: 441).

Nel caso qui analizzato si tratta di sviluppare questa categoria, che individua dunque un sapere essenzialmente dinamico e processuale, a partire dall'esperienza di abitazione in condizioni di svantaggio sociale ed economico di un preciso territorio periferico. Per contribuire a quei processi di riflessione e condivisione necessari alla maturazione del sapere esperienziale, gli incontri del laboratorio si sono incentrati su alcuni temi, come la relazione di cura o il funzionamento dei servizi socio-sanitari e abitativi, affrontati in modo dialettico e teso alla partecipazione attiva di ciascuna. Durante il laboratorio si è quindi creato uno spazio di riflessione ed espressione affinché le parole relative alle esperienze dirette – delle partecipanti – e indirette – di altri/e abitanti del territorio – potessero emergere e divenire oggetto formativo di analisi e critica. In occasione degli incontri sulla determinazione sociale della salute, ad esempio, le partecipanti hanno ragionato, mettendolo in discussione,

sull'effetto preponderante del loro contesto di vita nella produzione del proprio e altrui stato di malessere.

Quando parliamo di cos'è la salute, Adele afferma: «è l'habitat a fare la salute, la salute dipende da chi hai attorno e da chi hai la fortuna di incontrare». Insieme discutiamo di come il modo di affrontare «le cose della vita» dipenda molto da chi hai accanto, nel bene e nel male. «Comunque – dicono – la solitudine alimenta la malattia» (diario di campo collettivo, incontro del laboratorio, febbraio 2023)¹⁰⁰.

Parliamo di razzismo ambientale (Perocco, Rosignoli 2022), per cui i luoghi maggiormente inquinati sono anche quelli più abitati dalle persone più povere. Anita, riferendosi a una zona attigua a quella in cui vive, afferma: «in due anni sono morte tre mamme di tumore. Il figlio di una mia amica è malato, davanti a ENEL. Tutti morti. I nostri ragazzi vanno a scuola là. La mia amica Chiara si è operata di cuore, anche mio padre. Ci sono i tralicci, problemi di cuore, le onde elettromagnetiche...». Riportando il discorso sul territorio in cui abita e sull'aeroporto vicino, dice che «tante persone se ne sono andate via per panico... Vedere gli aerei volare vicini». Jenny infatti riporta che per lei non fa più quasi differenza, è come se ormai [il traffico, il rumore aereo] facesse parte di lei; una percezione molto diversa rispetto a quando, invece, era appena arrivata a vivere qui (diario di campo collettivo, incontro del laboratorio, marzo 2023).

I racconti condivisi dalle partecipanti sono stati alimentati dalle riflessioni attorno alle proprie e altrui esperienze di sofferenza sociale, in cui le dimensioni relazionali e ambientali appaiono come fattori centrali nell'esposizione e nella gestione di un certo fenomeno problematico, come una malattia o un lutto. Come spiegato dalle partecipanti, la possibilità di trovare nelle altre persone (familiari, amiche, vicine) una fonte di supporto materiale ed emotivo può fare la differenza in una situazione di difficoltà. A partire dai loro stessi esempi, dunque, le abitanti coinvolte hanno convenuto sull'importanza di costruire dei legami significativi tra la popolazione locale come “paracadute” alla sofferenza. Le percezioni delle abitanti rispetto alla salute della comunità territoriale si sono concentrate anche sul numero di persone residenti, da loro conosciute, che hanno sviluppato gravi patologie; questa osservazione è stata posta in dialogo, ad esempio, con il tasso di mortalità, che in quest'area supera del 20% la media cittadina, trovandovi perciò un forte riscontro. Lo spazio del

¹⁰⁰ Anche in questo paragrafo, tutte le persone nominate sono state indicate utilizzando degli pseudonimi. Per agevolare la lettura negli estratti dal campo, di seguito i nomi fittizi delle abitanti che hanno partecipato al laboratorio: Anita, Adele, Fatoumata, Jenny, Rosa.

laboratorio, quindi, ha permesso non solo la ri-emersione e la collettivizzazione delle conoscenze incorporate e non delle abitanti, ma anche il riconoscimento della validità di queste conoscenze rimesse successivamente in gioco nell'interazione con altri dati tecnici, come quello statistico precedentemente citato. Il confronto tra diversi saperi, tuttavia, non ha sempre portato a una medesima conclusione. Agli incontri del laboratorio sono state chiamate a partecipare varie professioniste, le quali in primo luogo hanno presentato i loro servizi di riferimento. Mediche, infermiere, assistenti e operatrici sociali si sono confrontate con le potenziali ACS sulle criticità nel raggiungere e dialogare efficacemente con le persone in difficoltà. In questo spazio di confronto sono emerse delle rilevanti barriere di accesso ai servizi territoriali, come la mancanza di fiducia, il peso del giudizio e la paura di ripercussioni, derivanti da esperienze negative di familiari e conoscenti, definite invece dalle professioniste come delle «leggende metropolitane».

«I medici non possono denunciare»: è una frase ripetuta più volte da parte di Luisa [la medica di medicina generale attualmente presente nella zona]; è una questione emersa [...] in relazione al Pronto Soccorso, soprattutto per le persone immigrate senza documenti. Il concetto è stato ribadito più volte perché alcune persone (specialmente Anita e Adele), invece, a partire da esperienze proprie o di persone a loro vicine, hanno lamentato che la denuncia da parte dei medici in realtà avvenga. Adele mi ha parlato di un medico che anni prima aveva denunciato la compagna di un suo dipendente pakistano, mentre Anita ha parlato di Omar [il suo compagno], il quale spesso si è trovato nelle condizioni di essere giudicato (anche se non – mi pare – denunciato) da parte dei medici al PS (diario di campo collettivo, incontro del laboratorio, febbraio 2023).

Fatoumata ha riportato alcuni casi di famiglie e persone di origine straniera a cui sono stati tolti i figli quasi da un momento all'altro [...] o in generale della forte paura che queste famiglie nutrono nei confronti del servizio sociale che «porta via i bambini», al punto che molte famiglie preferiscono «mangiare poco e non chiedere niente piuttosto che andare dai servizi». [...] L'operatrice dello sportello sociale ripete più volte che queste sono «leggende metropolitane» e che in generale esistono molti pregiudizi rispetto al servizio; rispetto alle storie accennate da Fatoumata, sottolinea come non si possa parlare di storie astratte e dell'alta probabilità che Fatoumata non fosse a conoscenza di altre condizioni di vita che rendevano critica la permanenza dei figli nel nucleo familiare [...] (diario di campo collettivo, incontro del laboratorio, marzo 2023).

Oltre a evidenziare, ancora una volta, il vissuto di precarietà e ricatto che le persone con *background* migratorio spesso affrontano nel contesto italiano, è interessante notare come, nonostante la diversità di prospettive, queste abbiano avuto uguale spazio di espressione. Lo sviluppo di un contesto specifico in cui saperi tecnici ed esperienziali potessero emergere e dialogare ha portato a una modifica, benché momentanea e contestuale, dello sguardo delle professioniste sulle abitanti partecipanti al laboratorio, spesso invece incontrate in qualità di utenti o pazienti nei *setting* classici dell'assistenza (ambulatorio medico, sedi dei servizi sociali e abitativi). Da beneficiarie passive di una relazione di aiuto e cura, a interlocutrici in quanto esperte di un territorio e comunità "difficili". L'inquadramento del sapere esperienziale delle cittadine nella cura del proprio territorio si è arricchito nella fase di definizione dei compiti e del ruolo della potenziale Agente Comunitaria di Salute; come vedremo nelle prossime pagine, al sapere portato dalle abitanti sono state riconosciute sfaccettature diverse a seconda del tipo di cura individuato.

Una parte degli incontri laboratoriali è stata dedicata all'immaginazione della figura dell'ACS sul campo, a cui ciascuna partecipante (abitanti, professioniste, referenti istituzionali) ha contribuito. Le risposte principali si sono concentrate sul ruolo di "ponte" tra i servizi, il tessuto associativo, le istituzioni e la popolazione locale, da declinare in accordo con l'équipe della Microarea in molteplici attività comunitarie: dalla diffusione di informazioni, all'accompagnamento ai servizi, al supporto nella creazione di attività comunitarie coerenti con i bisogni e i desideri della popolazione locale. La trasformazione del ruolo sociale delle cittadine implicate è stata tuttavia relegata alla dimensione di potenzialità rappresentata dal corso di formazione. Il percorso di sviluppo della figura dell'ACS, infatti, non è proseguito in maniera strutturata oltre il termine del laboratorio; inoltre non è stata individuata una sintesi tra le visioni contrastanti rispetto agli ambiti di possibile valorizzazione del contributo delle abitanti coinvolte nel progetto.

Quando parlate di analisi di bisogno, co-produzione, co-progettazione, siamo a un livello di capacità professionali sopravvalutati rispetto a queste persone. Queste pratiche professionali si acquisiscono in corsi di formazione, master, ecc. Loro quindi si occuperebbero della cura del territorio, organizzare eventi in piazza, rimuovere le tag, segnalare una buca, e di costruire relazione con gli abitanti ma senza entrare nel merito delle situazioni (referente del Quartiere, verbale dell'incontro enti locali, marzo 2023).

In base a quest'ultima interpretazione, il sapere esperienziale delle ACS troverebbe quindi una sua applicazione in ambiti come la cura fisica del territorio e lo sviluppo di relazioni generiche con la popolazione locale, a differenza di altre attività come la rilevazione dei bisogni, che emergerebbe invece come ambito di azione di quelle professioniste le cui competenze sono sviluppate in percorsi formativi e legittimate dal sistema d'istruzione formale. Questa definizione è il risultato di quello che, secondo le credenze "naturalizzate" nel contesto istituzionale, è il sapere esperto certificato, il quale fatica a dialogare con un sapere non certificato fondato sulla conoscenza locale (Dewey 1938).

Per quanto riguarda la rilevazione dei bisogni, è da notare come questa si inserisca all'interno di un più ampio processo di produzione dialettica: i bisogni, infatti, non sono da considerarsi come oggetti naturali o precostituiti, ma si costruiscono proprio in quelle «relazioni che rendono la vita possibile e degna di essere vissuta» (Consoloni, Quaranta 2021: 133). D'altronde, come da tempo sottolineato, le domande di cura e assistenza espresse comunemente dalle persone non coincidono con i bisogni o desideri da queste percepiti (Wright *et al.* 1998); individui e gruppi sociali esprimono ciò che all'interno della società è considerato come una richiesta legittima e affrontabile in base alle risorse esistenti, mentre spesso le istituzioni restano legate a una «definizione amministrativa dei bisogni», derivante principalmente dalle esigenze e dai bisogni del servizio stesso (Tosi 1994). Ampliare le forme in cui è organizzata la possibilità di esprimere tali richieste indagandole in spazi relazionali significativi all'interno dei contesti di vita delle persone – come quelli intessuti quotidianamente dalle cittadine potenziali ACS – potrebbe contribuire alla riduzione della distanza tra bisogni percepiti e bisogni normativi, una distanza che spesso fortifica il sentimento di sfiducia verso servizi e istituzioni pubbliche (CSI 2022). Il riconoscimento della partecipazione delle potenziali ACS alla costruzione intersoggettiva dei bisogni comunitari non ha trovato quindi pareri univoci tra le referenti degli enti locali. Se da una parte questa è considerata appannaggio esclusivo di alcune professioniste, dall'altra viene affermata la necessità del contributo di più attori nella rilevazione dei bisogni e dei desideri della popolazione locale. Come ha affermato la referente di un servizio: «nella mia testa credo sia molto prezioso per la Microarea che i suoi collaboratori si possano confrontare con le persone che noi andiamo a cercare: cosa vuole la gente? Cosa si potrebbe fare?» (verbale dell'incontro con enti locali, febbraio 2023).

Questi ultimi interrogativi ci riportano alla condizione essenziale per lo sviluppo della costruzione intersoggettiva tanto dei bisogni quanto delle azioni coerenti con le necessità e i desideri raccolti, ovvero la cura delle relazioni con e tra le abitanti. Anche questo *trait d'union*

delle varie declinazioni operative del ruolo dell'ACS e le sue finalità sono stati oggetto di diverse interpretazioni. Le residenti partecipanti al laboratorio, a partire dalla riflessione sulla loro esperienza di vita, hanno affermato come lo sviluppo di un rapporto di conoscenza e fiducia con la popolazione locale vada considerato per l'appunto come l'elemento imprescindibile per il conseguimento delle varie attività di partecipazione alla vita territoriale. Per poter essere definita di cura, tale relazione necessita non solo un atteggiamento di ascolto attivo e non giudizio, ma anche una certa reciprocità determinata dal contribuire a dare risposte alle richieste o ai bisogni che in quella stessa relazione emergono. Si tratta di un equilibrio, quello tra ascolto, supporto e generazione di aspettative, a cui prestare ancor più attenzione nell'eventuale esercizio del mandato dell'ACS e quindi nell'adozione di un nuovo ruolo sociale. Come sintetizzato da una partecipante, «l'ACS deve stare attenta perché la persona sta davanti a te e ti parla perché si aspetta qualcosa». L'intreccio tra le fasi di ascolto e di supporto attivo, tuttavia, può configurarsi in diversi modi a seconda della distribuzione delle responsabilità di cura nel territorio. Se per le più l'Agente Comunitaria di Salute dovrebbe limitarsi a riportare le informazioni alla vicina Microarea, «senza entrare nel merito delle situazioni» (verbale dell'incontro con enti locali, febbraio 2023) come puntualizzato da una referente degli enti istituzionali locali, secondo altre il coinvolgimento di queste figure dovrebbe avvenire anche nella costruzione delle risposte a quella precisa situazione. Il livello di implicazione delle abitanti nel lavoro di cura comunitario rappresenta un punto focale della discussione sulla figura dell'ACS e, in generale, su quella della responsabilità di cura. Nel corso del laboratorio è stato svolto un incontro di visita alla prima Microarea della città di Bologna¹⁰¹ e, durante il confronto con l'équipe locale di promotrici della salute, il rispetto della *privacy* è emerso come linea di demarcazione tra le responsabilità di azione dei diversi soggetti implicati, quali professioniste, cittadine collaboratrici e cittadine volontarie.

Raffaella [promotrice di salute della Microarea che stiamo visitando] rimarca l'importanza della *privacy* quando si trattano dati sanitari; come équipe, dice, hanno fatto «un grande lavoro» a questo riguardo con la persona in tirocinio da loro. [...]
Successivamente Anita porta il caso di una donna che abita vicino a lei, madre di diversi bambini, e che ha avuto da poco un tracollo psicologico e con la quale lei è in contatto. Racconta che ha segnalato questa situazione a Lidia [una referente dei servizi territoriali],

¹⁰¹ La prima Microarea è stata inaugurata nella primavera del 2019 e rappresenta, quindi, una sperimentazione più matura rispetto alla realtà qui analizzata. Oltre all'équipe strutturata di promotrici della salute, composta da un'infermiera e due assistenti sociali, è presente una collaboratrice, ovvero una persona residente nell'area coinvolta attivamente grazie all'avvio di un tirocinio formativo.

dalla quale ha ricevuto l'indicazione di «non fare più niente e starne fuori». Anita però riporta come sia difficile, quasi impossibile, per lei starne effettivamente fuori. Questa persona non ha supporto familiare, non si fida dei servizi (è una donna immigrata e non ha i documenti in regola) ma sembra fidarsi di Anita. Anita stessa non sa come comportarsi perché da una parte sa che i servizi sono lenti a muoversi e dall'altra ha paura di quello che i servizi potrebbero farle (toglierle i figli, denunciarla). Anita: «ma se succede un casino, urla, mi chiamano da tutto il palazzo dicendo “Anita cosa facciamo?”, lo chiedono a me» (diario di campo collettivo, incontro del laboratorio, marzo 2023).

Come emerge nell'estratto riportato, la tutela della *privacy* si inserisce in un contesto relazionale e sociale ben più ampio in cui tra cittadine la circolazione di informazioni è più fluida e viaggia su legami e sentimenti di fiducia che travalicano eventuali ruoli professionali e orari lavorativi. La tutela della *privacy* è qui, come altrove, un campo in cui emergono le contraddizioni del lavoro di cura di una comunità. La cura comunitaria si nutre quindi di un sostrato essenziale alimentato dalla circolazione di informazioni e da processi di supporto che si sviluppa parallelamente alle attività di cura formale prodotte da operatrici di servizi e istituzioni locali. La potenziale ACS, cittadina che quotidianamente abita e conosce approfonditamente il territorio, mette dunque in discussione le relazioni attualmente esistenti tra saperi, pratiche e responsabilità di cura. Le contraddizioni emerse vengono però presto temperate dalla descrizione che le referenti dei principali enti e servizi coinvolti producono della figura dell'ACS, ovvero di «sentinelle della comunità» e, contemporaneamente, di «spie di certe situazioni». Il lavoro di comunità, a cui dovrebbe contribuire l'Agente Comunitaria, sembra dunque caratterizzato da una dialettica spesso conflittuale tra due poli: quello della cura e quello del controllo sociale.

Allo stesso tempo, è da notare come a partire dalla formazione sulla figura dell'ACS si sia sviluppato un nuovo terreno di negoziazione dei ruoli sociali e dei poteri. Le partecipanti, infatti, consapevoli dell'utilità agli occhi delle istituzioni locali della loro duplice funzione di accompagnatrici comunitarie e controllori sociali, hanno rivendicato la legittimità del proprio contributo al lavoro di comunità nei termini di una propria – in quanto cittadine e potenziali ACS – responsabilità, una «responsabilità di noi» (diario di campo collettivo, incontro con ACS post-laboratorio, aprile 2023). È interessante notare come il sapere esperienziale qui si qualifichi anche come forma di capitale culturale e sociale usata per rafforzare la legittimità del proprio spazio nel sistema di cura locale, nonostante l'autorità del sistema medico e dei saperi professionali sia ancora oggi predominante (Boardman 2014). L'intreccio tra il livello

individuale e quello collettivo innervante lo sviluppo di comunità (Jackson *et al.* 1986) preme dunque per una riaffermazione del senso “originario” e politico del concetto di *empowerment* nei termini di un processo fondamentale di ri-negoziazione dei poteri (Rappaport 1981, Zimmerman 2000, Baum 2008, Popay *et al.* 2021).

Nelle narrazioni della maggioranza degli attori la formazione laboratoriale stessa è emersa come un percorso emancipatorio, anzitutto personale, delle cittadine coinvolte. Dall’analisi etnografica emerge che il contesto di apprendimento informale, il clima di ascolto attivo e di non giudizio, l’adozione di modalità collaborative e partecipative durante la realizzazione del corso hanno permesso la costruzione di uno spazio in cui le ACS hanno rafforzato conoscenze e fiducia – in sé e verso le altre – messe in moto anche al di fuori dello spazio laboratoriale. Tale processo è stato descritto nei termini di un’attivazione delle persone soprattutto nell’ambito relazionale comunitario che si è declinata in azioni di interesse e solidarietà verso altre abitanti in condizioni di svantaggio e di accompagnamento di queste alla Microarea locale.

Lidia ha avuto diversi rimandi da parte delle persone direttamente coinvolte per le quali la formazione è stata utile, soprattutto per loro stessi/e [...]. Riporta anche come secondo lei chi ha partecipato al laboratorio sia più ricco come «capacità di visualizzare la cosa» rispetto alla visione che aveva precedentemente. Lidia riporta anche un esempio concreto riferito ad Adele («è come se si fosse riattivata»): ci dice che quella mattina mentre parlava con Giorgio (un abitante molto svantaggiato della zona), gli ha dato 12 euro per andare dal barbiere a farsi sistemare i capelli: «fino a qualche tempo fa si sarebbe girata dall’altra parte» (diario di campo collettivo, incontro con Lidia, marzo 2023).

Attraverso la formazione di un attore, come l’ACS, dedito all’impegno comunitario, il percorso di capacitazione delle partecipanti, maturato all’interno del loro contesto di vita, ha quindi innescato delle dinamiche di rafforzamento del senso di comunità, riaffermando il carattere collettivo alla base del costrutto di *empowerment*, anche quando questo è riferito a singole persone (Nicoli, Pellegrino 2011).

Prima di avviarci verso le conclusioni, è necessario trattare la dimensione retributiva, simbolica e materiale, del lavoro svolto dalle potenziali Agenti Comunitarie di Salute. Il progetto ha previsto la formalizzazione di un contributo economico per le cittadine coinvolte

nella fase laboratoriale della sperimentazione¹⁰². Tale proposta, inizialmente discussa all'interno del gruppo di lavoro, si è basata su differenti motivazioni: le linee guida relative ai programmi di sviluppo delle *Community Health Workers*, in base alle quali il sostegno economico rappresenta un punto cruciale per l'efficacia del lavoro di queste figure, il nutrimento della loro motivazione e la durata del loro impiego (WHO 2018); il desiderio di affrontare, benché in maniera molto parziale, il peso delle disuguaglianze, riconoscendo l'impegno di tempo e risorse personali che il percorso avrebbe richiesto alle partecipanti; gli interrogativi etici rispetto al sostenere delle posizioni differenziate – nei termini di lavoro retribuito o volontario – a seconda del tipo di soggetto coinvolto nello sviluppo di un sistema di cura comunitaria: chi si occupa e in che termini del lavoro di comunità? È giusto che siano solo le esperte dei saperi tecnici a dedicarsi in maniera retribuita mentre alle cittadine esperte per esperienza viene richiesto di partecipare a titolo volontario? Come vedremo, concentrarsi sulle diverse forme di riconoscimento attuate in questo specifico campo e il modo in cui queste sono state interpretate, contestate e negoziate permette di illuminare le differenti concezioni morali del senso di comunità, un attributo alla base del lavoro di cura comunitaria.

Fin dall'inizio la definizione di un contributo monetario all'impegno richiesto alle partecipanti ha incontrato delle resistenze, in particolare da parte delle referenti dei principali enti coinvolti (Ufficio Reti, Servizio Sociale di Comunità): secondo il loro punto di vista, il denaro sarebbe stato «uno specchietto per le allodole», ovvero un dispositivo che avrebbe attirato delle persone che si sarebbero proposte unicamente o principalmente per ottenere un beneficio economico, a discapito delle “giuste” motivazioni che dovrebbero muovere una potenziale ACS. Tale visione si basa sulla concezione, riferita alla popolazione locale, del senso di comunità territoriale nei termini di un dovere morale che le comuni cittadine dovrebbero esercitare in maniera gratuita, volontaria, slegata dalle condizioni materiali e simboliche delle loro esistenze. La medesima contrapposizione tra lavoro di comunità salariato/artefatto e volontario/genuino, inizialmente veicolata dalle posizioni espresse dalle referenti di alcune istituzioni e servizi locali, è emersa anche nelle parole di alcune cittadine partecipanti al laboratorio:

¹⁰² Per supportare la partecipazione delle abitanti è stato stipulato un Patto di Volontariato tra ciascuna abitante, il Servizio Sociale di Comunità del Quartiere di riferimento e il CSI; in base a questo Patto, ogni abitante ha ricevuto un contributo economico per la durata del laboratorio.

Parlando di come si è svolto il processo organizzativo della festa di Carnevale, loro come abitanti/ACS si sono sentiti esclusi e non hanno condiviso le scelte fatte sul giorno [...] che era stato individuato soprattutto per garantire la partecipazione di chi lavora e svolge le attività su questo territorio solo o principalmente nell'orario lavorativo, mentre per favorire la partecipazione dei ragazzi e delle ragazze e delle loro famiglie sarebbe stato utile sceglierne un altro. Questa distinzione è stata vissuta con una sorta di rivendicazione da parte di Rosa e Adele: “noi mica lo facciamo per i soldi, chi ci lavora ha in mente solo il dio baugigio [denaro]” (diario di campo collettivo, incontro del laboratorio, febbraio 2023).

L'inserimento della variabile del denaro nell'ambito del lavoro di comunità, e la conseguente differenziazione tra lavoro retribuito e volontario, si intreccia dunque alla distinzione dell'identità sociale degli attori in gioco – professionista, abitante –, fungendo da marcatore tra l'autenticità o meno del senso di comunità provato dai vari soggetti coinvolti. Tale dinamica richiama l'opposizione che spesso emerge nella concezione dominante del lavoro di cura, in base alla quale la gratuità appartiene alla sfera privata e informale ed è contrapposta alla dimensione «meccanica e calcolatrice» del pagamento caratterizzante la sfera formale e pubblica (Scaglioni, Diodati 2021: 33).

L'interpretazione del legame tra ruolo sociale e tipo di riconoscimento, tuttavia, non è stata univoca tra le residenti coinvolte nel percorso formativo, in quanto ha risentito dello specifico posizionamento sociale di ciascuna. Come riportato nell'ultimo estratto etnografico, se per due cittadine in pensione, come Rosa e Adele, essere un'abitante che si spende in modo volontario per la propria comunità rappresenta un elemento di distinzione e orgoglio, in altre occasioni Fatoumata e Anita, due donne “occupabili” e le cui esperienze lavorative sono altamente precarie, hanno avanzato il desiderio essere riconosciute e retribuite in quanto potenziali ACS.

Fatoumata ribadisce che ha bisogno di trovare un lavoro sostenuto economicamente, se dovesse trovarlo ovviamente lo accetterà: “non posso stare a casa ad aspettare [...] la vita va avanti!”. Fatoumata comunque fa anche riferimento all'importanza strategica di aver fatto questo corso perché “quando avranno bisogno, noi saremo i primi ad essere contattati”; allo stesso tempo desidererebbe che questo si potesse trasformare in un lavoro: “la [mia] prospettiva è quella di avere un lavoro, dobbiamo fare un progetto e presentarlo al Quartiere” (diario di campo collettivo, incontro del laboratorio, marzo 2023).

Come ha riportato più volte, Anita ripete che vorrebbe che questo [la *brochure* di presentazione della potenziale figura dell'ACS] fosse uno strumento per facilitare il suo lavoro, anche nel senso di un'assunzione, un lavoro retribuito. Anita: “se ti vuoi far vedere, [far] conoscere come agente, se vuoi aiutare una vicina... È una cosa che può facilitare il lavoro, così le persone che non ci conoscono sanno chi siamo. Uno che prima non aveva fiducia in me poi sa che è una cosa seria. [...] Io non mi devo nascondere. Spero che qualcuno mi chiami” (diario di campo collettivo, incontro di valutazione del laboratorio, aprile 2023).

L'esperienza laboratoriale viene sfruttata, o meglio auspicata, come un meccanismo di legittimazione rispetto a un contesto sociale e a un mercato lavorativo escludente; un'aspirazione che trova il suo fondamento culturale all'interno di un paradigma neoliberale in cui la valutazione di un individuo è direttamente legata al lavoro e alle sue prestazioni (Porcellana 2022). Lo stesso desiderio, tuttavia, viene prontamente limitato dalle referenti delle istituzioni implicate, le quali delimitano l'esperienza formativa e il potenziale ruolo di sentinelle di comunità all'ambito della volontaria cittadinanza attiva. Come sintetizzato efficacemente da una delle referenti istituzionali, «attenzione a che non vengano a recriminare: stiamo facendo una formazione, non possiamo definirlo un lavoro» (verbale dell'incontro con enti locali, febbraio 2023). L'eventuale implementazione di questa figura non sembra quindi poter sfociare in un dispositivo di trasformazione della condizione di subalternità sociale, economica e politica quotidianamente abitata dalle abitanti coinvolte. D'altronde, una simile implementazione implicherebbe un notevole sforzo multidimensionale: fare spazio a saperi “altri”, fornire un'adeguata remunerazione, sviluppare collegamenti efficaci con i servizi socio-sanitari locali sarebbero azioni necessarie non solo per avviare e garantire la continuità di questa sperimentazione, ma anche per evitare che l'esercizio di questa figura inneschi o riproduca ulteriori dinamiche inique. È da notare altresì come il processo di professionalizzazione delle ACS potrebbe avere delle ripercussioni sulla capacità di agganciare e creare delle relazioni di fiducia con le cittadine svantaggiate. Come messo in luce in altri contesti in cui le *Community Health Workers* sono presenti da più tempo, la professionalizzazione, comprendente l'acquisizione uniforme di certificazioni, riconoscimenti sociali ed economici, può agire come arma a doppio taglio, rafforzando il mandato e le condizioni lavorative di questi attori, ma alienandoli dalle loro comunità di riferimento (Logan 2021) o usurando i legami sociali con queste ultime in virtù della

confidenza e del controllo prodotti dalla doppia appartenenza delle ACS (Chuengue, Franco 2018). Lo sviluppo di un nuovo status sociale si nutrirebbe quindi della prossimità costitutiva delle ACS ai contesti e alle esperienze di vita delle fasce maggiormente marginalizzate della popolazione locale e, contemporaneamente, potrebbe interrogarla e modificarla.

Attraverso l'analisi di un progetto di formazione-intervento sulla figura dell'Agente Comunitaria di Salute (ACS) in una zona periferica della città di Bologna, il tentativo è stato quello di mostrare come le trasformazioni del sistema di cura locale in un'ottica di promozione della salute implicino una necessaria ri-negoziazione di ruoli e poteri nell'arena locale. Nonostante all'interno di questo quadro il riconoscimento del sapere esperienziale delle cittadine appartenenti alla comunità territoriale rappresenti uno degli elementi più rilevanti, questo processo non può essere dato per scontato. Il sapere messo in campo dalle residenti si fonda su una conoscenza informale e pragmatica derivante dall'esperienza diretta di fenomeni di marginalizzazione sociale, economica e politica. Le espressioni di questa conoscenza possono essere molteplici, dalla capacità di interagire con altre residenti in condizioni di svantaggio, difficilmente agganciabili dalle professioniste dei servizi socio-sanitari locali, all'indicazione dell'operatrice con cui interfacciarsi per ottenere la prestazione richiesta senza timore di essere giudicate. La creazione di uno spazio di ascolto e partecipazione come quello laboratoriale sulla figura dell'ACS ha permesso non solo di rinforzare quei processi di riflessione e condivisione dei propri vissuti essenziali per lo sviluppo del sapere esperienziale, ma anche di stimolare il confronto tra questo e altri tipi di saperi tecnici messi in campo dalle varie professioniste che si occupano formalmente di salute (mediche, infermiere, assistenti sociali, ecc.). Tale confronto ha risentito del valore attribuito al sapere esperienziale da parte dei vari soggetti in gioco e ha prodotto ipotesi discordanti relative alle attività di cura in cui coinvolgere le potenziali ACS. Se ampliamo gli orizzonti della cura di una comunità, la costruzione intersoggettiva dei bisogni emerge come ambito particolarmente rilevante da perseguire. Le persone esperte per esperienza sarebbero però escluse da un coinvolgimento in questo campo poiché considerato appannaggio di professioniste, le cui qualifiche sono riconosciute e certificate dal sistema d'istruzione formale. Allo stesso tempo, la cura delle relazioni con le persone residenti, che rappresenta una condizione fondamentale per uno sviluppo dinamico di bisogni e desideri, è emersa come ambito d'azione elettivo delle potenziali ACS. Il processo di cura del legame attraverso l'applicazione di una disposizione di ascolto verso l'altra, e non di giudizio, nonché di legittimazione dell'esperienza riportata, risulterebbe dunque come una pratica di cura in sé, specialmente se sfociasse nella costruzione collettiva di una risposta alle esigenze emerse

nella relazione stessa. Come abbiamo visto nelle precedenti pagine, il riconoscimento del contributo delle Agenti Comunitarie di Salute, che potrebbe sostanziare un processo di *empowerment* teso alla redistribuzione dei poteri all'interno di una comunità, non si è prodotto. Le opportunità di riconoscimento di questa figura e del suo operato si legano a diverse interpretazioni del senso di comunità: quando riferito alle potenziali ACS e residenti, è spesso considerato un dovere morale da esercitare in maniera volontaria (e slegata dalle condizioni materiali della loro esistenza), in modo da garantire un lavoro di cura comunitaria genuino, contrariamente a quanto prodotto dal lavoro salariato. Allo stesso tempo la tessitura di legami comunitari e l'esercizio di piccole attività di supporto verso altre residenti per alcune potenziali ACS potrebbero sostenersi nel tempo solo grazie a un riconoscimento simbolico e materiale del loro ruolo.

In conclusione, la formazione di una nuova figura di prossimità e la valutazione delle condizioni necessarie per la sua implementazione hanno fatto emergere una responsabilità di cura comunitaria sfaccettata e differenziata per tipologia di attività e riconoscimento a seconda della posizione sociale degli attori coinvolti. Come sintetizzato da una formatrice del gruppo di lavoro dell'associazione, «un limite del nostro progetto degli ACS è questo: valorizza il singolo ma [il progetto] non è sostenuto da un sistema culturale che vuole andare in quella direzione» (diario di campo collettivo, incontro del gruppo promotore, settembre 2022). L'intero corso del progetto, infatti, è stato caratterizzato da una costante tensione tra la spinta trasformativa della promozione della salute e il dialogo con i principali mondi culturali, sociali e politici dell'articolato sistema di servizi e istituzioni, impegnato nella produzione delle politiche sociosanitarie territoriali. Una tensione, quella tra spinta al cambiamento e mantenimento dell'ordine costituito, che rientra nella più generale dialettica tra le possibilità di trasformazione degli *habitus* (Bourdieu 2005). in particolare di quelli istituzionali (Betti 2019), e l'insieme di credenze riprodotto dal sistema culturale conservatore delle pratiche conosciute¹⁰³. In questo contesto risulta determinante un'assunzione di responsabilità verso la collettività anche da parte di chi, come il gruppo di ricerca-azione che ha proposto il progetto sulle Agenti Comunitarie di Salute, lavora in una

¹⁰³ Rispetto al concetto di *habitus* di Bourdieu, una delle sue definizioni più rilevanti è la seguente: «sistemi di *disposizioni* durature e trasmissibili, strutture strutturate predisposte a funzionare come strutture strutturanti, cioè in quanto principi generatori e organizzatori di pratiche e rappresentazioni che possono essere oggettivamente adatte al loro scopo senza presupporre la posizione cosciente di fini e la padronanza esplicita delle operazioni necessarie per raggiungerli, oggettivamente “regolate” e “regolari” senza essere affatto prodotte dall'obbedienza a regole e, essendo tutto questo, collettivamente orchestrate senza essere pronte dall'azione organizzatrice di un direttore d'orchestra». Gli *habitus* tendono quindi ad apparire come regolarità necessarie «se non naturali poiché sono a fondamento degli schemi di percezione e di valutazione con cui vengono colte» (Bourdieu 2005: 84-85).

prospettiva di promozione della salute. Questa responsabilità implica l'esigenza di trovare nuove narrazioni, pratiche e posizionamenti che non riproducano un potere prodotto da strutture di disuguaglianza, come il contributo alla formazione e alla legittimazione dei saperi esperienziali nel lavoro di comunità: questi saperi rappresentano una componente essenziale di un profondo lavoro di comunità che le figure professionali sono chiamate a far emergere e valorizzare (Raineri 2016, Calcaterra, Panciroli 2021) e storicamente, quando sono stati riconosciuti, sono stati frutto di lunghi tempi di advocacy e negoziazioni (Blume 2016). Tale assunzione di responsabilità, inoltre, può agire anche nel lavoro di ricucitura delle fratture tra i processi di produzione, implementazione e fruizione delle politiche di salute.

Capitolo 4 - Politica di prossimità cercasi

4.1 - Introduzione al capitolo

In apertura di quest'ultima sezione, vorrei riprendere la proposta dell'accompagnamento elaborata da Farmer (2013) che ho introdotto nel primo capitolo. L'autore e attivista parla dell'accompagnamento come di una politica da sviluppare al fine di andare oltre il semplice aiuto e la buona volontà per individuare e implementare delle «risposte robuste» (Farmer 2013: 234). Cercare di costruire un supporto sociale complesso e di lungo periodo basato sulla prossimità fisica e relazionale richiede delle politiche e un'allocazione di risorse all'altezza di questa proposta; allo stesso tempo, Farmer suggerisce che è proprio nell'accompagnamento, quindi nell'adozione di un approccio solidale, cooperativo, elastico e umile, che è possibile trovare un buon alleato a un approccio tecnico teso all'efficienza, al fine di evitare delle politiche e dei processi di governance fallimentari. Le motivazioni di tali fallimenti risiedono, secondo l'autore, in alcune tendenze: innanzitutto quella di amministrare da lontano, «dai recinti sicuri», senza conoscere e attraversare i territori dove si declinano le politiche, ovvero l'opposto dell'accompagnamento; in secondo luogo, «i fallimenti dell'immaginazione» dovuti al processo di routinizzazione cioè il processo attraverso cui le burocrazie razionalizzate assumono gradualmente potere nelle società attuali (ivi: 245). Sicuramente un'amministrazione standardizzata può aumentare l'efficienza dei programmi e delle politiche, ma rappresenta anche un'arma a doppio taglio nel momento in cui si producono degli eventi inattesi e la «gabbia razionale» non permette di agire in maniera flessibile e creativa (ivi: 246)¹⁰⁴. Queste riflessioni richiedono di essere approfondite (Kleinman 2024) e, rispetto ai campi attraversati nel corso di questa ricerca, permettono di presentare alcuni nuclei tematici che intendo approfondire nelle prossime pagine. L'oggetto principale della mia analisi è rappresentato dalla politica pubblica di welfare relativa alla prossimità nell'ambito della salute comunitaria, quest'ultima intesa secondo la prospettiva della promozione della salute; gli approfondimenti riguardano i processi di governance della prossimità, i vissuti legati a questi processi, i discorsi e le scelte che caratterizzano il governo dell'esistente e la progettazione di nuove sperimentazioni.

¹⁰⁴ Farmer fa riferimento al protocollo DOTS (*Directly Observed Therapy Short-course*) per la cura della tubercolosi elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che ha permesso di ampliare notevolmente la copertura della cura; nel tempo, tuttavia, si sono sviluppati dei ceppi farmaco-resistenti della malattia a cui l'istituzione ha fatto fatica a rispondere.

La prospettiva antropologica nello studio delle politiche ha permesso, nel tempo, di costruire una visione della *policy* come prodotto e soprattutto come processo di un determinato contesto socio-culturale, su cui mantenere uno sguardo, proprio di una più generale “antropologia del politico”, concentrato sull’indagine del potere, dei luoghi e dei modi in cui si esercita e manifesta, e in cui produce delle identità (Minicuci, Pavanello 2010:13). Siamo ben lontane e lontani da una visione normativo-positivista che vede la formulazione di una politica all’interno di un processo lineare di *problem-solving*, che parte cioè da un’analisi di una situazione problematica e prosegue con l’ideazione da parte dei e delle *policy makers* di una proposta razionale che aspetta solo di essere applicata (Tate 2020, Tarabusi, Zinn 2023). La prospettiva, quindi, è quella di de-essenzializzare la politica e considerare il suo divenire tanto un prodotto quanto un ambito di produzione culturale, in quanto le politiche producono e sono prodotte da «significati e pratiche, codificano relazioni sociali, istituzionalizzano discorsi che naturalizzano modi di pensare e agire capaci di dare forma a nuove soggettività» (Tarabusi, Zinn 2023: 224). Accanto alla formulazione di una politica, è necessario osservare come questa viene “calata a terra”, quindi la sua implementazione, una fase in cui il lavoro di operatori e operatrici di servizi e progetti di welfare gioca un ruolo centrale. Come affermato da un’infermiera,

Sono tutti modelli, non dico che ci sia giusto o sbagliato.. però sono tutti funzionali al raggiungimento di quale obiettivo? Perché non è chiaro. Oppure ce ne sono troppi, bisogna selezionare! Bisogna dire che l’obiettivo è specifico per sua natura, non può essere così generale! Perché in generale va bene, l’abbiamo messo, ok il PNRR è soddisfatto, è tutto a posto. [sospira] Ma è anche poco chiaro (intervista con Paola, 29 settembre 2024).

Tra le politiche dichiarate, o le linee programmatiche come il PNRR, e le politiche attuate si registra uno scarto, a tratti inevitabile, che indica come una politica si costruisce e diventa tale in modo progressivo. Quanto definito a livello generale, infatti, costituisce un orientamento (non sempre chiaro) che necessita di un lavoro di comprensione e costruzione *ad hoc*.

Affrontare un’antropologia della politica porta a esplorare le ambiguità, ma anche le molteplici dimensioni semantiche che compongono questo oggetto. La lingua inglese, ad esempio, distingue tra *politics*, la politica come rapporti di forza tra soggetti, e *policies*, le politiche come insieme di idee e azioni promosse (Tarabusi, Zinn 2023); nella lingua

francese, *la politique* indica la prassi di amministrare, mentre con *le politique* si fa riferimento soprattutto alla dimensione del conflitto e del dibattito tra i diversi attori attorno agli interessi mobilitati (Mouffe in Piras, Proto 2024: 203). Sebbene qui il focus sia rappresentato soprattutto dalle politiche sociali, indagare la vita di una *policy* implica affrontare anche la *politics* e *le politique*. Nonostante non fosse mia intenzione indagare specificatamente i rapporti di forza e i movimenti della politica impegnata nel governo locale della salute di comunità, questi sono “rientrati dalla finestra” più volte. Il riferimento alla dimensione politica del lavoro di prossimità è emerso dai vari attori incontrati non solo come obiettivo del proprio lavoro, finalizzato a una maggiore partecipazione e ri-appropriazione del contesto di vita da parte delle comunità locali, ma anche come governo dell’esistente e del futuro prossimo, quindi una struttura che influisce notevolmente sul proprio vissuto quotidiano e sulla formulazione di politiche pubbliche all’altezza della posta in gioco. Sulla scia di quanto suggerito anche dalla letteratura (Tarabusi, Zinn 2023), il tentativo è dunque quello di analizzare il processo di divenire di una politica di prossimità, osservandone le diverse fasi (ideazione, implementazione, incorporazione) in relazione ad alcuni attori (operatrici, infermiere, professionisti/e e referenti di istituzioni) e analizzando le varie componenti che costituiscono questo processo (discorsi, pratiche, categorie, scelte). Si tratta di un’indagine già iniziata nei capitoli precedenti e che qui riprendo, in parte analizzando ulteriormente il materiale descritto e in parte approfondendo altre sfaccettature emerse nella raccolta dei dati, arricchendo l’analisi con un racconto, da lontano, del processo di progettazione da parte di alcune istituzioni pubbliche della figura dell’Agente Comunitario di Salute a livello cittadino.

A partire dai continui solleciti alla prossimità e alla comunità, spesso mi sono chiesta da dove iniziare un’analisi di una possibile politica della prossimità che appariva alquanto “fumosa”. Ogni politica, infatti, rappresenta un oggetto mobile e in divenire, che si articola in spazi e tempi diversi che richiedono un approccio multiscalare, multifocale, diacronico e genealogico (Tarabusi, Zinn 2023, Gallotti, Tarabusi 2024). Questa modalità di indagine permette di farsi strada in un ambito, quale quello delle *policies*, opaco e contemporaneamente altamente dinamico e denso, in quanto costruisce moltissimi campi sociali e materiali delle nostre esistenze (Shore, Wright 2023). Ciò che ho provato a fare è stato seguire, con qualche intoppo e sicuramente qualche svista, il filo di Arianna per stare e, apparentemente, uscire da un dedalo in continua costruzione:

Come il filo di Arianna nel labirinto, la policy diventa un fil rouge che l'antropologo cerca di rintracciare e via via dispiegare, ma che non è possibile seguire in modo lineare; questo filo, infatti, si annoda, intreccia e arriccia, sviluppandosi su piani e dimensioni diverse, richiedendo al ricercatore di muoversi come «una palla da biliardo che rimbalza», avanti-indietro, indietro-avanti, per intrattenersi ai margini (Wedel in Tarabusi, Zinn 2023: 268).

4.2 - Governance: storie di gestione della prossimità

Processi

Come accennato nel secondo capitolo, nella città felsinea il lavoro di prossimità e comunità rientra nel più ampio welfare comunitario che, insieme ad altre dimensioni della vita pubblica, ha come orizzonte organizzativo, culturale e politico quello dell'amministrazione condivisa (Sclavi 2022). Negli ultimi decenni il Comune di Bologna si è dotato di diversi dispositivi operanti in questa direzione (il Regolamento per l'Amministrazione Condivisa dei Beni Comuni, i Laboratori di Quartiere, il Bilancio partecipativo, i Patti di Collaborazione), che hanno contribuito a continuare a fare di Bologna un "modello" nell'ambito della governance partecipativa (Moralli 2022, Carlone 2022, Urban@it 2024). A livello generale è bene sottolineare che la governance propria del welfare di comunità richiede esattamente una struttura di governo partecipativa che supporti l'effettivo *empowerment* di comunità, quindi un sistema che rispetta le diversità, favorisce lo scambio tra i/le cittadini/e e lo sviluppo di reti e collaborazioni tra le diverse organizzazioni e soggetti territoriali (Nicoli, Zani, Marcon 2011: 9-11). Anche nel campo del welfare di comunità e prossimità, quindi, si registra un aumento della co-programmazione (Aime 2019, Scuola Achille Ardigò 2021), uno strumento che mira a supportare la trasformazione da un *government*, come nel caso del sistema degli appalti, a una *governance* tra pubblico e privato sociale in cui si ha una negoziazione del portato ideativo, economico e di potere degli enti nella realizzazione degli interventi sociali (Stefani 2022). Alcuni autori e autrici (Cellamare, Ostanel 2024) suggeriscono di analizzare lo strumento della co-progettazione all'interno dei più ampi processi di co-produzione e co-creazione. Parlare di co-creazione significa mettere in luce gli elementi più critici, la definizione processuale, la politicizzazione dei processi, quindi gli aspetti sociali e politici della relazione; Cellamare e Ostanel ricordano, inoltre, che nella letteratura internazionale, per produzione si fa riferimento a un «processo in grado di favorire l'empowerment dei cittadini e la partecipazione diretta attraverso il coinvolgimento diretto nella progettazione ed

erogazione dei servizi» (2024: 23). La co-progettazione emerge come componente importante tanto quanto quella del conflitto in uno stesso processo di *policy* (ivi: 25). Questa apertura consente di uscire dall'angolo della definizione amministrativa dello strumento della co-progettazione, che, oltretutto, per i casi analizzati nel secondo e nel terzo capitolo non ha rappresentato l'unico dispositivo di riferimento per l'avvio e lo sviluppo dei progetti o servizi di comunità¹⁰⁵. Parlare più ampiamente di co-creazione permette inoltre di fare un passo verso un ulteriore livello di analisi, cioè quello di osservazione del modo in cui le esperienze di lavoro di prossimità e comunità partecipano alla produzione di politiche cittadine sui medesimi temi. Come visto nel secondo capitolo, ogni soggetto (operatrice, agente, infermiera) svolge una funzione di mediazione all'interno della sua stessa comunità di appartenenza (il Comune, l'Azienda Sanitaria Locale) o in cui si inserisce (uno specifico territorio), ma quali sono gli effetti di questa mediazione rispetto alla produzione di una politica generale sui temi affrontati? Nonostante la cornice generale della governance partecipativa, anche nella produzione di politiche pubbliche sui temi della prossimità e della salute di comunità i rapporti tra le istituzioni pubbliche e ciò che accade quotidianamente nei territori non può essere dato per scontato. Sebbene i progetti di comunità analizzati, le microaree o il lavoro delle Agenti di Prossimità possono costituire degli spazi intermedi importanti, cioè dei contesti di forte interazione collaborativa tra soggetti della società civile e istituzioni pubbliche caratterizzati da una radicata dimensione spaziale e da un'alta densità relazionale (Cellamare, Ostanel 2023), difficilmente sono inseriti in un processo di trasformazione da una politica innovativa quotidiana e micro-locale a una politica sistemica cittadina. Per comprendere meglio le ragioni di questi buchi e attriti, è utile volgere lo sguardo, seppur sinteticamente, indietro nel tempo, quindi osservare come nei decenni passati si sono articolati alcuni tra i processi chiave di questo approccio al governo cittadino.

La partecipazione e il decentramento indicano dei movimenti che nel tempo a Bologna si sono trasformati più volte e in direzioni differenti, e che possono essere meglio compresi in relazione ai processi di tradizione dell'attivismo della società civile bolognese e, più ampiamente, di trasformazione del welfare. Fin dal secondo dopoguerra Bologna vede una

¹⁰⁵ Nel corso della ricerca sul campo non mi sono soffermata sui processi di avvio dei progetti o servizi di comunità, né ho approfondito i processi di co-progettazione guidati dalle Agenti di Prossimità (il servizio di infermieristica di famiglia e comunità non è stato istituito attraverso una co-progettazione, ma è un servizio definito ed erogato dalla medesima istituzione, l'Ausl). L'approfondimento di questo filone, seppur utile ad analizzare in modo più raffinato il peso di ciascun attore e le relazioni tra soggetti istituzionali e non nell'elaborazione di un singolo progetto o servizio, avrebbe richiesto una maggiore interazione con tutti i soggetti istituzionali coinvolti in ciascuna esperienza che, nell'economia complessiva della ricerca, ho deciso di non includere. A posteriori realizzo che sarebbe stato un approfondimento importante per la costruzione di un'analisi comprensiva dei diversi livelli di co-produzione.

progressiva partecipazione, da parte di ampie fasce della popolazione, a diversi ambiti della vita pubblica, come i piani regolatori di ricostruzione o la riforma agraria, grazie anche a quei corpi collettivi, come i gruppi mezzadrili prima, il movimento cooperativo o i movimenti sociali poi, che nel corso dei decenni hanno contribuito alla diffusione di principi e organizzazioni di tipo solidale, collaborativo e reticolare (Moralli 2022). Un deciso supporto alla partecipazione e al suo radicamento territoriale si sviluppa negli anni Sessanta e Settanta, anni di riformismo civico governato all'insegna della democrazia sociale (Proto, Piras 2024). In particolare, a metà degli anni Sessanta a Bologna matura la prima esperienza di decentramento amministrativo in Italia (Boarelli 2021): nel 1964 vengono istituiti i Quartieri e i relativi consigli, che nel 1966 son ben diciotto, frutto di un processo di decentramento amministrativo e politico, teso a diffondere, anche tra la cittadinanza, il potere nella formulazione e gestione delle politiche pubbliche (Boarelli 2014). L'esperienza di decentramento era realizzata all'interno di un complessivo ridisegno del welfare che si componeva anche di altre iniziative (piani di edilizia popolare, sostegno alle scuole dell'infanzia), alla cui base vi era la convinzione che fosse necessario dislocare i servizi territoriali tanto quanto ridisegnare i processi decisionali. Se sono proprio questi decenni di fermento locale a formare l'immagine di un "modello Bologna", ovvero di una città progressista caratterizzata da servizi capillari, amministrazione sensibile e partecipazione popolare alla pianificazione della città (Proto, Piras 2024: 201), le trasformazioni locali e translocali, che dalla metà degli anni Ottanta in poi hanno interessato la città e i meccanismi di governo, hanno contribuito a quella che alcuni autori definiscono come «la crisi irreversibile del modello bolognese» (*ibidem*). Seguendo la storia dei Quartieri della città, emerge una ri-centralizzazione progressiva sancita da due riforme che, a 30 anni di distanza l'una dall'altra, definiscono in termini primariamente amministrativi questa unità territoriale (Boarelli 2021): nel 1985 i Quartieri vengono diminuiti a nove e, con la riforma dei Quartieri del 2016, vengono ulteriormente ridotti a sei¹⁰⁶. Sebbene queste trasformazioni abbiano contribuito a rendere i quartieri «semplici organi consultivi privi di poteri di indirizzo e di gestione» (Boarelli 2021), l'ultima riforma, in particolare, è stata accompagnata da una nuova enfasi verso la governance partecipata e il lavoro di comunità, all'interno di una narrazione generale che attribuisce al Quartiere il ruolo di promuovere i processi di cittadinanza attiva. È

¹⁰⁶ Tra le forze istituzionali di governo della città è attualmente in corso un dibattito su un'ulteriore riforma dei Quartieri atta ad aumentarne il numero e, quindi, ridurne l'estensione territoriale, così come indicato anche dalla delegata del sindaco che si sta occupando di questa riforma. Fonte: https://corrieredibologna.corriere.it/notizie/politica/24_agosto_28/bologna-la-riforma-dei-quartieri-non-funziona-no-meglio-i-rioni-degli-anni-70-e562502c-3204-4ef2-8341-7bbe34x1k.shtml (ultimo accesso 13.10.2025).

in questo contesto che nascono nuovi soggetti come gli Uffici Reti e Lavoro di Comunità e matura l'esperienza della Fondazione Innovazione Urbana, impegnata nell'individuazione di nuovi strumenti partecipativi, tra i quali i già citati Laboratori di Quartiere, e il lavoro delle Agenti di Prossimità. Le spinte contrastanti tra predominanza di funzioni amministrative delle unità territoriali, aumento della loro estensione geografica, sollecitazione alla partecipazione popolare e moltiplicazione dei soggetti istituzionali nell'arena partecipativa, hanno prodotto delle dinamiche ambigue. Nel caso degli Uffici Reti e Lavoro di Comunità, uno dei pochi soggetti comuni a tutte le esperienze micro-locali di lavoro di prossimità e comunità che coinvolgono operatrici e infermiere delle Microaree, la loro potenzialità è sfavorita da una scarsità di personale, da una disomogenea distribuzione di conoscenze e competenze sui processi di *empowerment* ed equità e da una, paradossale, carenza di coordinamento interno tra gli Uffici dei diversi Quartieri (Bodini *et al.* 2023). Se il rapporto di conoscenza e collaborazione tra l'Ufficio Reti e l'Agente di Prossimità del medesimo Quartiere sta maturando proprio negli ultimi anni, la relazione di conoscenza e collaborazione tra operatrici o infermiere da una parte e Agenti di Prossimità dall'altra, all'interno di processi che uniscono la prossimità territoriale e relazionale, caratterizzante il progetto o servizio, e la tensione alla partecipazione, promossa da istituzioni come la FIU, appare ancora molto acerba, quando inesistente. Negli anni della passata democrazia partecipativa, il fulcro dell'articolazione tra dimensione di prossimità e dimensione partecipativa era rappresentato da un Quartiere di dimensioni limitate, mentre oggi chi ha come area geografica di riferimento un intero Quartiere dovrebbe potenzialmente relazionarsi e curare dei processi partecipativi con più di 60.000 persone diffuse in un territorio molto esteso. Come visto nel secondo capitolo, operare in o per interi Quartieri e sperimentare una certa informatizzazione dei processi lavorativi porta a un allontanamento della prossimità, intesa come condivisione di spazio, tempo e relazione, dai cittadini/e e dai loro contesti di vita, depotenziando non solo la propria autopercezione di figura di prossimità ma anche la dimensione partecipativa dei percorsi proposti a livello cittadino.

Per quanto riguarda i nuovi strumenti della nuova governance, il loro uso e i loro impatti risentono di una generale depoliticizzazione e istituzionalizzazione dei processi partecipativi. Più osservatori e osservatrici hanno evidenziato la separazione tra tecnica e politica, quindi una distinzione tra formulazione e applicazione di strumenti amministrativi presentati come neutrali e presa di decisioni politiche (Carlone 2022), nonché la separazione tra confronti pubblici e processi tecnici di co-programmazione e co-progettazione (Cellamare, Ostanel 2024), con la riproposizione di modelli neoliberali di governance urbana (Moini 2012).

L'eccessiva istituzionalizzazione e professionalizzazione dei processi partecipativi fa riferimento alla «necessità di codificare, in ogni aspetto e con strumenti esclusivamente appartenenti alla sfera del diritto amministrativo, le tracce di esperienze territoriali e “spontanee”» (Carlone 2022: 109), necessità che si è accompagnata a una proliferazione di regolamenti, norme, procedure che, secondo alcuni, hanno alimentato più una retorica che una pratica della partecipazione (*ibidem*, Boarelli 2021). Tra le distorsioni di queste dinamiche vengono sottolineate la legittimazione di decisioni già prese (Cellamare 2011), la facilitazione della partecipazione alle realtà più organizzate e con un certo capitale socio-culturale, con una conseguente riduzione dell'eterogeneità degli attori e delle aspirazioni e un impoverimento degli immaginari collettivi che potrebbero guidare le trasformazioni della città (Carlone 2022)¹⁰⁷. Se questi esiti sono ancora più evidenti nel contesto bolognese in relazione alla sua storia di attivismo civico e politico, è necessario sottolinearne gli intrecci con le trasformazioni translocali degli ultimi decenni. A fronte della forza del capitalismo globale che impatta radicalmente nei territori, si è registrata una perdita di sovranità da parte delle istituzioni locali, con un ulteriore aumento della sfiducia nelle istituzioni e nella loro possibilità di governare le trasformazioni e proporre modelli di sviluppo alternativi (Cellamare, Ostanel 2024). Lo sfondo o, meglio, il palcoscenico è quello dell'arretramento del welfare. Fin dalla sua sistematizzazione, il welfare italiano ha sofferto di più distorsioni (Porcellana 2022, Rimoldi, Pozzi 2022), quali: una distorsione distributiva, per cui la distribuzione di protezioni e contributi è diseguale a seconda del tipo di lavoratore/trice; una distorsione funzionale, per cui la composizione della spesa sociale è più votata al sistema pensionistico che ad altre questioni sociali (ad esempio la disoccupazione e l'esclusione sociale); una distorsione territoriale, relativa a uno storico divario tra regioni che è stato istituzionalizzato, ad esempio, con la regionalizzazione della sanità. Con la crisi finanziaria e sociale del 2008, abbiamo assistito, e vissuto, le politiche di riduzione della spesa pubblica, una diffusione di politiche di *targeting* e una riduzione del potere delle istituzioni statali e locali; se queste politiche e l'aumento dei rischi sociali derivanti dai loro effetti hanno portato a un aumento della richiesta di protezione sociale, la risposta a questa crisi è stata promossa con l'espansione di processi di privatizzazione del welfare (*ibidem*). È in questo contesto sociale, politico ed economico che si sono realizzate nel tempo le riforme e

¹⁰⁷ Per un'analisi del contesto bolognese, si vedano: Carlone (2022) in relazione al Laboratorio Spazi; Paltrinieri e Allegrini (2020) in relazione ai Laboratori di Quartiere; Carlone (2022) e Boarelli (2017, 2021) in relazione al Bilancio partecipativo. Può essere utile, inoltre, un approfondimento di altre esperienze cittadine rilevanti rispetto al tema della partecipazione e della trasformazione della città, come nel caso dei Prati di Caprara e del workshop Utopie Reali esplorati da Proto e Piras (2024).

le trasformazioni urbane che hanno allentato i legami sociali, aumentato la precarietà delle esperienze di vita di cittadini/e, lavoratori e lavoratrici e impoverito i servizi.

Se ho meno possibilità di comprare quei servizi necessariamente ne potrò dare meno. Quello che vedo è che in questi ultimi vent'anni in modo particolare questa cosa ha assunto una dimensione sempre più significativa. Ehm per cui ogni anno noi siamo costretti a rivedere i nostri bilanci e a tagliare qualcosa e a forza di tagliare non c'è più niente da tagliare. Quindi di che welfare parliamo? [...] bisognerebbe proprio ripensare veramente a tutto, però dicendosi anche quali sono le cose che mettiamo a disposizione, veramente, non nascondendosi dietro a delle finte riforme, quando poi la riforma è “quello non c'è più e quindi io devo tagliare”. [...] Non sono riforme pensate, sono “devo tagliare lì e quindi devo riorganizzare e rimescolare le carte” (intervista con Giovanni, funzionario del Comune, 11 giugno 2025).

Un'altra motivazione della mancata corrispondenza tra esperienze micro-locali che tentano di mettere in pratica una politica quotidiana di cura territoriale e politiche cittadine è l'atomizzazione di queste esperienze, legata a una mancanza di coordinamento tra e di queste. A sua volta, le ragioni di questa carenza sono da rintracciarsi in dinamiche organizzative e culturali; come affermato da un funzionario, «è strutturata, insomma di cose, Bologna come piazza, Bologna è una città molto ricca potrebbe, se avesse la capacità di mettere un po' più a sistema potrebbe veramente fare delle cose straordinarie, ma mettere a sistema è complicato» (intervista con Giovanni, 11 giugno 2025). Le istituzioni pubbliche che svolgono importanti attività di interesse pubblico e che si occupano potenzialmente di salute di comunità, intesa secondo la lente della promozione della salute, sono varie, tra cui il Comune di Bologna, l'Ausl di Bologna, l'Azienda Servizi alla Persona Città di Bologna. Ciascuna di esse al proprio interno è suddivisa in molteplici settori e dipartimenti, a loro volta articolati in molti e diversi modi. Per quanto riguarda il Comune di Bologna, e per i temi qui affrontati, il lavoro dei Quartieri e il lavoro di promozione della salute ricadono sotto due aree distinte, quali il Dipartimento Segreteria Generale, Partecipate, Appalti, Sport e Quartieri e il Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità, entrambi legati alla Direzione Generale del Comune ed entrambi suddivisi a loro volta in altre sottoaree¹⁰⁸. Per quanto riguarda il secondo Dipartimento nominato, questo partecipa «alla programmazione delle strategie, delle azioni e dello sviluppo di interventi in ambito sociale e sanitario nelle sedi nazionali,

¹⁰⁸ Per un approfondimento, si veda la pagina del Comune di Bologna dedicata all'organigramma: <https://www.comune.bologna.it/amministrazione/aree-amministrative> (ultimo accesso 13.10.2025).

regionali e metropolitane»¹⁰⁹ ed è composto dal settore Servizio sociale e dal settore Salute, benessere e autonomia della persona. I progetti e servizi di prossimità e comunità analizzati non hanno un dialogo strutturato con questo Dipartimento, mentre sono ben più collegati ai vari Quartieri attraverso l'intermediazione dell'Ufficio Reti e Lavoro di Comunità. È capitato, ad esempio, che le équipes delle microaree, abbiano avuto dei confronti con il Dipartimento Welfare tesi a costruire un iniziale “modello” delle microaree bolognesi che, tuttavia, non hanno avuto seguito; al di là di non avere un unico modello rappresentativo, non si è nemmeno sviluppato un coordinamento unitario di queste esperienze tra le istituzioni pubbliche coinvolte¹¹⁰. Questa organizzazione è dovuta anche al difficile inquadramento delle comunità territoriali, un concetto che indica una realtà collettiva complessa che nel corso del tempo è stata “smembrata” in diverse categorie amministrative, relative soprattutto alle fasce di età della popolazione o a condizioni sociali peculiari, e su cui agiscono una molteplicità di enti che spesso non comunicano tra di loro.

Queste attività vengono fatte soprattutto da [...] chi si occupa dei servizi sociali, perché non è tanto inquadrata come un'attività di promozione della salute, erroneamente, però è così e spesso vengono utilizzati dei fondi che sono dentro ai calderoni dei fondi sulla povertà o sull'emarginazione, quindi dopo a seconda di chi gestisce quei fondi si fa poi il progetto. [...] È difficile perché si riferisce alla comunità e sulla comunità intervengono: i servizi sociali di comunità, la fondazione innovazione urbana con l'agente di prossimità, l'ufficio reti perché lavorano nella comunità, il dipartimento welfare, ma anche i servizi educativi che lavorano con la comunità, perché poi ognuno lavora con il suo target specifico dal punto di vista anagrafico, anziani, minori, diciamo target classici, ma poi lavora anche su territori specifici (intervista con Giovanni, 11 giugno 2025).

Anche la tipologia dei finanziamenti e la loro ripartizione influisce sulla costruzione dei progetti. I fondi sono spesso legati a dei filoni tematici gestiti in modo compartimentato, ma possono anche riferirsi a delle tematiche molto ampie declinabili in molti modi; data la riduzione di spesa pubblica che ha progressivamente interessato ciascun ambito

109

Fonte: <https://www.comune.bologna.it/amministrazione/aree-amministrative/dipartimento-welfare-promozione-benessere-comunita> (ultimo accesso 13.10.2025).

¹¹⁰ Il Dipartimento Welfare, e in particolare il settore Servizio sociale, è impegnato nell'esperienza delle microaree attraverso l'impiego degli e delle assistenti sociali che, insieme alle Infermiere di Famiglia e Comunità, compongono le due équipes di Microarea attualmente esistenti. Il coordinamento di ciascuna Microarea viene quindi portato avanti dall'équipe stessa e, parallelamente, i singoli componenti si confrontano con i/le responsabili della propria istituzione di riferimento.

amministrativo, i vari settori, anche all'interno della medesima istituzione, cercano di accaparrarsi più fondi possibili. Ciò che si produce è quindi una scomposizione del corpo comunitario in diversi settori e ambiti, richiamando quanto avviene nel processo di bio-definizione del corpo individuale, scomposto in organi gestiti da vari medici specialisti, ma che richiedono di essere ri-composti per costruire una visione unitaria e organica della comunità, ben più vicina all'esperienza di chi vive i territori.

Se il rafforzamento del coordinamento deve essere supportato all'interno di uno stesso ente pubblico, la ricomposizione di sguardi, conoscenze e risorse deve essere coltivata anche nel rapporto tra istituzioni diverse. Si tratta di un percorso lungo, che richiede la costruzione di un rapporto di reciproca conoscenza e fiducia anche tra le persone in carne ed ossa che appartengono e rappresentano quelle stesse istituzioni, e che nel tempo ha visto diverse articolazioni: «abbiamo imparato a conoscerci tra istituzioni e poi abbiamo fatto i primi protocolli operativi», ha raccontato una delle dipendenti comunali intervistate. Nel rapporto tra Comune e Ausl di Bologna, ad esempio, sono state sperimentate diverse collaborazioni che hanno assunto di volta in volta forme diverse, come protocolli, co-progettazioni o attività integrate, al fine di elaborare progetti di prevenzione su fasce della popolazione, problematiche o patologie specifiche¹¹¹. Ampliando lo sguardo alle relazioni con altre istituzioni pubbliche, un ulteriore passo verso un coordinamento cittadino strutturato e continuativo è stato la creazione nel 2013 dell'Osservatorio di Promozione della Salute e dell'Equità, un tavolo inter-istituzionale che riuniva il Comune di Bologna, l'Ausl di Bologna, l'Ufficio Scolastico Provinciale, l'Università di Bologna e alcune realtà associative sportive e di promozione sociale. L'obiettivo dell'Osservatorio era «il monitoraggio degli interventi di promozione della salute e prevenzione, di implementazione delle buone pratiche, del lavoro in rete e delle esperienze di co-progettazione»¹¹². Per questo, la prima azione è stata l'integrazione delle banche progettuali di ciascun ente al fine di sviluppare una fotografia complessiva delle azioni portate avanti nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute, da cui emerse che esistevano

più di 314 progetti di promozione della salute di cui nessuno conosceva nulla. [...] Cioè nel 2014 siamo riusciti ad arrivare a sapere che Bologna aveva una marea di progetti di

¹¹¹ Un esempio è il progetto Guida la Notte, attivo dal 2010 al fine di prevenire le dipendenze da sostanze psicoattive legali e illegali, gioco d'azzardo e tecnologie digitali. Fonte: <https://www.comune.bologna.it/informazioni/guida-la-notte> (ultimo accesso 14.10.2025).

¹¹² Dal documento di presentazione dell'Osservatorio e dei primi risultati prodotti, consultabile al seguente link: <https://archivio-notizie.comune.bologna.it/wp-content/uploads/2017/10/OPS-Presentazione-Completa-Aprile-2016.pdf> (ultimo accesso 14.10.2025).

promozione della salute assolutamente sconosciuti, non pubblicizzati, che si rivolgevano per lo più ad alcuni target che erano soprattutto bambini barra adolescenti e moltissimo anziani, e che erano quasi tutti gratuiti per il target e che prevedevano al proprio interno in alcuni casi un po' di finanziamento, in altri comunque l'utilizzo di una competenza specialistica di medici, pediatri, infermieri, oss, ma un sacco di gente! [...] potendo rifare un punto della situazione sui progetti di promozione della salute, se [ne erano stati trovati] 314 oggi potrei trovarne 3000. Perché la sensibilità è aumentata enormemente e perché veramente in tanti fanno delle cose anche strutturate, quindi non buttate lì (intervista con Giovanni, 11 giugno 2025).

Come spesso accade, il solo dato quantitativo può essere fuorviante e richiede di essere integrato con una dimensione qualitativa. In questo caso, mi riferisco alla concezione di promozione della salute così come è interpretata a livello istituzionale, da cui derivano azioni, come quella di categorizzazione e mappatura dei progetti esistenti, che contribuiscono a informare una certa lettura della realtà e alcune direzioni future. Nell'analisi dei progetti raccolti dall'Osservatorio è stata proposta una suddivisione per macroaree di obiettivi e in più del 70% dei casi l'obiettivo maggiormente rilevato è stato quello della promozione dei corretti stili di vita negli ambiti dell'alimentazione, del movimento, dell'igiene personale e dell'uso responsabile dei mezzi digitali, oltre che negli ambiti di prevenzione delle dipendenze, del disagio minorile e della fragilità degli anziani. Questi ambiti, tuttavia, fanno più riferimento alla prevenzione che alla promozione della salute, intesa come «il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla» attraverso una modifica delle relazioni sociali, culturali e politiche incarnate da ciascun soggetto (WHO 1986). Uno dei grandi assenti nell'analisi di questi progetti è il contesto di vita della popolazione bolognese, quindi un ancoraggio della determinazione sociale della salute ai territori e alle loro caratteristiche in cui l'esperienza di vita di individui e gruppi sociali si sviluppa, così come sono assenti i riferimenti a qualsiasi tipo di comunità o progetti di lavoro di comunità. In linea con questa impostazione, la maggioranza dei progetti promossi negli anni dal Dipartimento Welfare nell'ambito della promozione del benessere si situano in una visione restrittiva della *Primary Health Care*, in quanto incentrati su specifici target di popolazione, specifiche patologie e volti soprattutto a una promozione di stili di vita slegata, tuttavia, dall'ambizione di agire sui principali determinanti sociali della salute¹¹³. Data la persistente predominanza di una concezione biodeterministica e individualizzante di questo

¹¹³ Tra questi, il progetto Vivi in Salute (ex Badabene), la Città Sana dei bambini e delle bambine, il Servizio Area 15 e progetti di sensibilizzazione dei comportamenti a rischio nelle scuole.

tema, il paradigma della promozione della salute risulta ancora poco conosciuto e compreso, nonostante alcuni miglioramenti siano stati osservati rispetto agli inizi degli anni Duemila, «tempi in cui di promozione della salute non se ne parlava e quando ne parlavi la gente ti guardava strano, a meno che non parlassi di zero fumo e zero alcol» (intervista con Giovanni, 11 giugno 2025). Nell'assenza di una visione consolidata della promozione della salute, l'influsso dell'immaginario veicolato da organismi internazionali che spesso avevano fatto propria una visione selettiva della salute e dell'assistenza sanitaria ha lasciato il segno. Fin dal 1995 Bologna fa parte della Rete Italiana Città Sane, un'associazione di Comuni italiani nata su iniziativa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per sostenere le politiche locali per la salute; fino almeno al primo decennio degli anni Duemila, le attività promosse dall'allora ufficio Città Sane erano incentrate soprattutto sulle giornate mondiali di prevenzione¹¹⁴. Per iniziare a operare in una maniera diversa, quindi intraprendere progetti spot o continuativi pur di prevenzione della salute, è stato necessario individuare dei finanziamenti, dato che l'ufficio Città Sane non aveva delle risorse proprie, e sviluppare un processo di conoscenza e convincimento innanzitutto interno all'istituzione, quindi delle diverse figure responsabili e operanti nell'ambito del welfare del Comune, rispetto all'utilità di un approccio più ampio e profondo alla salute. Di passi ne sono stati fatti, costruendo dei progetti di prevenzione continuativi e ben più strutturati rispetto alle sole giornate o celebrando, a livello simbolico, alcune delle esperienze di lavoro di comunità tese alla promozione della salute¹¹⁵. Come descritto precedentemente, tuttavia, molta confusione concettuale permane e la frammentarietà tra soggetti istituzionali, sia all'interno del medesimo ente che tra enti diversi, non agevola le esperienze di lavoro di prossimità e comunità esistenti né una loro ulteriore diffusione. Tra i tentativi di miglioramento proposti in tempi più recenti è da segnalare la costituzione del Tavolo per la Prevenzione e la Promozione della Salute, nato dall'esperienza dell'Osservatorio, attraverso cui è stata formalizzata la relazione tra le principali istituzioni pubbliche della città (Comune, Ausl, Università, Azienda Ospedaliero-Universitaria - Policlinico di Sant'Orsola e Ufficio Scolastico Territoriale). Il Tavolo ha sostenuto il progetto di ricerca-azione "L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna", ma, come vedremo nelle prossime pagine, dopo la conclusione di questo progetto, non è più stato convocato continuativamente.

¹¹⁴ Oggi questo ufficio è stato assorbito dall'unità intermedia Salute e città sana, a sua volta inserita nel settore Salute, benessere e autonomia della persona del Dipartimento Welfare.

¹¹⁵ Nel 2015 la Rete Italiana Città Sane dell'OMS ha istituito il premio nazionale "Oscar della Salute" che premia i migliori progetti di promozione della salute sviluppati in ambito urbano da parte dei Comuni aderenti. Nelle ultime edizioni il Comune di Bologna ha candidato diversi progetti tra quelli analizzati nel corso di questa ricerca.

Narrazioni

In questo quadro è difficile intravedere una politica organica di salute di comunità fondata sull'intersezione tra prossimità, territorialità e partecipazione in grado di funzionare sui vari livelli. Se a livello organizzativo e operativo le tinte sono piuttosto fosche, a livello discorsivo invece sembrano risplendere molto di più. Fin dall'inizio di questa ricerca, infatti, i termini prossimità e comunità hanno affollato le narrazioni pubbliche sullo sviluppo di Bologna e del welfare cittadino. Allargando lo sguardo ad altri contesti territoriali, in riferimento al lavoro di comunità si registra un trend generale che vede questo tipo di lavoro sempre più ricercato e promosso da parte di soggetti istituzionali del Terzo Settore e delle Amministrazioni Pubbliche, così come da parte delle Fondazioni che finanziano i progetti presentati dai precedenti attori. Come sottolinea Folgheraiter (2018: 8), tale entusiasmo è stato accompagnato anche da molte iniziative «improvvisate» e «proclami baldanzosi»: «proprio questo è il punto: nell'attivazione comunitaria le cose non funzionano a chiacchiere. Funzionano se si trova un bandolo». Nel momento in cui si tratta di credere che la comunità rappresenti la «fuoriuscita dalla crisi dei welfare istituzionali», questo orientamento richiede di «alzare il tiro» e percorrere alternative di livello meso e macro (*ibidem*).

Nelle prossime pagine vorrei concentrarmi sulle retoriche discorsive locali attraverso cui vengono affrontati i temi della comunità e della prossimità. I processi e gli atti comunicativi, sia impliciti che espliciti, rappresentano infatti una componente importante della formazione di una politica, in quanto contribuiscono a formare aspettative, scelte ed esiti attorno a specifiche questioni di interesse pubblico (Porcellana 2022). Al fine di individuare quelle «metafore mobilizzanti» in grado di mobilitare e ordinare specifiche simbologie nella produzione di un certo ordine sociale e discorsivo (Shore, Wright 2023), ho cercato di seguire le parole chiave (salute, comunità, prossimità) nei vari discorsi scritti in circolari e documenti programmatici o pronunciati in convegni e dibattiti pubblici, osservati direttamente e ripresi dalla stampa.

Ripercorrendo alcuni degli appuntamenti cittadini di questi ultimi anni, il termine prossimità è stato sempre più presente nei titoli e nelle descrizioni di incontri pubblici e convegni relativi alla salute e alle trasformazioni urbane, facendo emergere la prossimità come una delle parole d'ordine del pensare la salute a livello locale, in linea con le direzioni nazionali e internazionali. «Di salute si occupa anche il Comune di Bologna, sviluppando un paradigma di prossimità. [...] crediamo che la risposta debba essere di prossimità e di vicinanza. Lo faremo sviluppando le micro-aree con infermieri di comunità e assistenti sociali»: queste

parole venivano pronunciate dall'allora assessore alla salute in occasione dell'incontro "Abitare, Salute e Conoscenza per la Grande Bologna" svoltosi nell'aprile del 2023 e durante il quale il Comune di Bologna ha annunciato «le strategie per la città»¹¹⁶. L'adozione di un "paradigma della prossimità" rappresenta quindi una delle traiettorie strategiche per lo sviluppo della città, da applicare attraverso l'implementazione di ulteriori microaree, ma che può essere sostenuto solo a fronte di un investimento adeguato a livello nazionale nella spesa sociale¹¹⁷. Pochi mesi dopo, questa direzione viene ribadita in occasione di un incontro pubblico del gruppo di cittadini/e della Casa della Comunità del Navile¹¹⁸, dove l'assessore afferma che «la prossima programmazione del Comune di Bologna è sulla salute territoriale di prossimità», su cui si stanno ideando dei percorsi partecipati con i cittadini al fine di «decidere cosa fare»; specifica anche che questa programmazione sarà sostenuta dai fondi PON, per cui 18 milioni di euro saranno destinati al settore salute e altri 14 milioni saranno destinati al settore abitare (diario di campo, incontro alla Casa di Quartiere, 19 giugno 2023). Seguono mesi di lavoro più silenziosi e nell'ottobre del 2024 viene realizzato l'incontro del Laboratorio Emilia-Romagna "Costruire salute tra DM 77 e pratiche di prossimità"¹¹⁹. L'obiettivo dell'incontro era quello di confrontarsi sui temi della prossimità e dell'integrazione a partire alle esperienze regionali più rilevanti e in linea con le riforme socio-sanitarie. L'esperienza bolognese viene presentata come un continuum dalla ricerca sulle disuguaglianze, alle microaree, agli Agenti di Prossimità, e la prossimità viene definita come la strategia di contrasto delle disuguaglianze avente come tratti caratteristici un focus congiunto su persone e contesti, l'intera comunità come target, l'intervento individuale attraverso l'inserimento in dinamiche collettive e l'arricchimento delle risorse locali. Nel corso dell'incontro, l'allora assessore alla salute del Comune di Bologna aggiunge: «L'implementazione del DM 77 senza le pratiche di comunità rischia di non essere sufficiente per affrontare i nuovi bisogni complessi di salute. E d'altra parte le pratiche di comunità, se lasciate da sole, rischiano di non generare i necessari cambiamenti organizzativi e di non farsi

¹¹⁶ Fonte: https://www.quotidianosanita.it/emilia_romagna/articolo.php?articolo_id=112731 (ultimo accesso 14.10.2025).

¹¹⁷ Il medesimo articolo citato nella nota precedente riporta anche le seguenti parole: «Con questo progetto, tuttavia, il Comune di Bologna "non potrà supplire in alcun modo" a quella che deve essere una scelta nazionale: "Il nostro paese invece poco più del 6% del proprio peso la salute differenza di altri paesi europei come Germania e Francia che sono all'11% in salute. Se questo dato non cambia - conclude l'assessore - è evidente che quella dimensione pubblica universalistica della sanità rischia di venire meno"».

¹¹⁸ Si è trattato dell'"Assemblea pubblica rivolta alla comunità del Navile sulla salute ed i servizi socio-sanitari nel nostro Quartiere" organizzata dal gruppo di cittadini/e della Casa della Comunità del Quartiere Navile e svolta il 19 giugno del 2023 nella Casa di Quartiere Katia Bertasi.

¹¹⁹ Il Laboratorio Emilia-Romagna è nato dalla cooperazione tra Ausl di Bologna, Comune di Bologna e Osservatorio delle Buone pratiche di integrazione socio sanitaria (OISS), quest'ultimo promosso da Federsanità, Anci e Agenas.

sistema stabile»¹²⁰. In queste parole emerge il riconoscimento della necessaria reciprocità tra pratiche di comunità e politiche, con necessari risvolti anche a livello organizzativo. Il richiamo è anche alla costruzione di un'alleanza tra attori locali e istituzioni pubbliche basata tanto sulle capacità di ciascuno, quanto sulla consapevolezza della parzialità della possibilità di azione degli attori presi singolarmente. C'è bisogno dell'azione delle istituzioni e delle politiche in relazione ai fattori strutturali che incidono nella vita e nella salute delle popolazioni; la capacità di azione delle istituzioni locali, infatti, pur limitate e subalterne ad altri processi globali, è maggiore rispetto agli attori territoriali che si muovono nell'azione pubblica (per stabilità, capacità normativa, disponibilità di finanziamenti). Al di là di una visione pubblico-privata dell'erogazione dei servizi, anche l'amministrazione pubblica ha bisogno degli attori sociali territoriali per poter sviluppare le proprie azioni e politiche, in quanto questi ultimi presentano un'articolazione di competenze, flessibilità amministrativa, coordinamento interno e radicamento territoriale che le amministrazioni pubbliche non hanno (Cellamare, Ostanel 2024: 14-15).

Tornando brevemente alla presentazione dell'esperienza bolognese, è da notare come l'idea della pratica della salute di prossimità veicolata si intersechi ampiamente al lavoro di comunità e a una visione comprensiva della *Primary Health Care*. Un altro elemento di interesse negli ultimi discorsi riportati è rappresentato dalla ricostruzione a posteriori di un continuum precedentemente inesistente, che ha seguito altre dinamiche, sia cronologiche che di potere: come abbiamo visto nel secondo capitolo, le Agenti di Prossimità sono nate nel 2018 per colmare la distanza tra popolazione cittadina e istituzioni pubbliche, ma fino a tempi molto recenti non hanno sviluppato rapporti di collaborazione continuativa con gli uffici territoriali e si sono occupate di percorsi partecipativi e co-progettazioni che non interessavano direttamente né venivano concepiti nella cornice della salute e della sua promozione; la prima Microarea è stata avviata nel 2019, la seconda nel corso del 2022, ma, nonostante gli intenti e gli annunci, a oggi non sono previste altre microaree; la ricerca sulle disuguaglianze è stata sostenuta a livello politico e in parte economico dal Tavolo di Prevenzione e Promozione della Salute, ma è nata su impulso di un lavoro di alta prossimità svolto da un'associazione in un territorio periferico della città di Bologna (Cacciatore *et al.* 2020, Bodini *et al.* 2021). Se ciascuna di queste esperienze ha un'origine o un significato che possono senza dubbio incrociarsi, è anche vero che non sono state concepite fin dall'inizio all'interno di una medesima cornice interpretativa e strategica. Ciò che è rilevante,

¹²⁰ Fonte: https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=125453 (ultimo accesso 14.10.2025).

comunque, è l'uso di una simile narrazione, funzionale a gettare luce su una direzione unitaria delle principali istituzioni pubbliche, senza tuttavia riconoscere e creare un sostegno adeguato di quelle "pratiche di comunità" che danno impulso e dovrebbero contribuire a sostanziare una certa politica quotidiana di prossimità.

Riprendendo il filone degli appuntamenti pubblici, a dicembre 2024 è stato realizzato il Forum per le Transizioni Giuste, un «evento di riferimento a livello nazionale» promosso, tra gli altri, dal Comune di Bologna con il supporto della Fondazione Innovazione Urbana¹²¹. Come è possibile leggere nella pagina dedicata¹²², la prima giornata è stata dedicata al «tema della prossimità come modello organizzativo, nuova sfida per città piccole e grandi, per chi opera nei settori dell'educazione, del sociale e della sanità, nell'urbanistica e nella mobilità»; la prossimità viene veicolata come dimensione chiave da sviluppare in molti ambiti della vita urbana, quasi una proprietà sistemica (Manzini 2021), e, nel corso del convegno, viene ribadito più volte il legame tra prossimità e partecipazione. Infine, nel marzo del 2025 viene svolto un convegno dedicato proprio al welfare di comunità e prossimità, organizzato dalla Scuola Achille Ardigò, a cui hanno partecipato alcuni/e esponenti del Comune di Bologna e dell'Università¹²³. Riporto due estratti particolarmente significativi di questo incontro:

L'idea è che il servizio di aiuto vero è la comunità [...] le relazioni comunitarie che però oggi sono venute meno, qui come altrove... quindi il Comune di Bologna, e non solo, si pone il problema di provare a contribuire a ricostruire [...], però dare un contributo verso l'idea che se io costruisco dei sistemi comunitari in cui i cittadini hanno delle relazioni efficaci, di mutuo aiuto interno, e magari [...] cerco di sostenerle, ovviamente creerà all'interno di quella comunità un valore capace di rispondere anche ai bisogni sociali di quelle persone, oltre che culturali, aggregativi (Capo Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità del Comune di Bologna, convegno, 11 marzo 2025).

¹²¹ «Il Forum per le Transizioni Giuste è promosso da Comune di Bologna, ARCI e Fondazione Giangiacomo Feltrinelli. Quattro giorni per favorire lo scambio di buone pratiche e politiche frutto di un percorso che ha coinvolto più di 25 organizzazioni, tra ONG, movimenti, università, imprese, istituzioni. L'obiettivo è favorire lo scambio di idee coraggiose e concrete, una piattaforma operativa per connettere e rafforzare chi è in prima linea nel costruire una transizione giusta, inclusiva e sostenibile. Per coinvolgere e mettere in rete amministratrici locali, cittadini impegnati, funzionarie, imprenditori, ricercatrici che stanno già contribuendo a disegnare un presente e un futuro alternativo» (fonte: <https://transizionigiuste.it/notizie-eventi/forum-le-transizioni-giuste-2024>, ultimo accesso 14.10.2025).

¹²² *Ibidem*.

¹²³ Il convegno "Welfare di comunità e Prossimità a Bologna. Riflessioni a partire dall'esperienza di ricerca sociologica della Scuola Achille Ardigò" è stato realizzato l'11 marzo 2025; la registrazione dell'evento è disponibile al seguente sito: <https://scuola-ardigo.comune.bologna.it/documenti/welfare-di-comunita-e-prossimita-a-bologna-riflessioni-a-partire-dall'esperienza-di-ricerca-sociologica-della-scuola-achille-ardigo/> (ultimo accesso 15.10.2025).

O agiamo in maniera lenitiva, ci soffermiamo alla superficie dei problemi e cerchiamo di lenire le situazioni [...] anche con strumenti verticali e già sperimentati ampiamente, oppure se siamo al punto che ci rendiamo conto che la complessità attuale, il livello di crisi attuale ci chiede necessariamente un approccio trasformativo non può che essere comunitario, non può che essere di amministrazione condivisa, non può che prevedere il coinvolgimento di quelle risorse della comunità perché sennò non ce la facciamo. Sennò rimarremo al livello lenitivo che è il livello che ci tiene ancorati al presente. E che non ci porta nel futuro (Delegata alla riforma dei Quartieri, Immaginazione civica, progetto Case di Quartiere, politiche per il terzo settore, bilancio partecipativo, inchiesta sociale, sussidiarietà circolare e nuove cittadinanze del Comune di Bologna, convegno, 11 marzo 2025).

La direzione prevista per “andare nel futuro” è quindi quella comunitaria e dell’amministrazione condivisa, fondata sul riconoscimento e sul sostegno alla comunità come “il vero servizio di aiuto”, un riconoscimento a sua volta spinto dall’inefficacia e sofferenza dei servizi tradizionali e delle istituzioni pubbliche di fronte a problemi sociali sempre più complessi. Questa direzione viene accompagnata da dichiarazioni promettenti al pari di altre che, tuttavia, nel tempo hanno dato prova di non corrispondere all’esistente o alle direzioni concretamente percorse (si pensi, ad esempio, alla traiettoria delle Microaree). Oltre alla corrispondenza tra proclami e azioni, che hanno un loro peso specifico tanto nella realtà vissuta dei cittadini e delle cittadine che in quella di operatrici e infermiere, è interessante sottolineare gli assunti impliciti di queste narrazioni. Innanzitutto, tra i costanti riferimenti alla comunità e al lavoro di prossimità alcuni sembrano celare l’idea di una panacea per tutti i mali, in linea con quanto storicamente avvenuto nel panorama globale, dove di fronte al peggioramento delle condizioni socio-economiche la comunità diviene ciclicamente una risposta: la Conferenza di Alma Ata del 1978, in cui si è affermata la *Primary Health Care* come principio organizzativo e concettuale di un sistema socio-sanitario di cui la partecipazione comunitaria è una delle principali espressioni, o il primo Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute del 1986 sono stati realizzati proprio nei decenni di affermazione del neoliberalismo; più recentemente, in tempi di continuo aumento delle disuguaglianze, la partecipazione dei cittadini e delle cittadine e il rafforzamento delle comunità sono rientrati anche negli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile elaborati dall’ONU,

in particolare per ciò che concerne la transizione sostenibile¹²⁴. Nel corso di un'intervista, la referente di un Quartiere in cui è attivo un progetto di comunità parlò dell'auto-sostenibilità della comunità nel lungo periodo come esito delle azioni di prossimità e comunità messe in campo:

[...] non soltanto il terzo settore che porta e la cittadinanza che recepisce e prende, ma il terzo settore insieme al quartiere che magari dà l'innesto no, con un finanziamento con un'attività o un'azione eccetera eccetera, che però nel corso degli anni deve essere generativa e anche tendere verso una sostenibilità che si autosupporta, no? (intervista con Luisa, 28 giugno 2024).

I progetti di comunità possono rispondere a più logiche contemporaneamente, sia di guadagno dello spazio politico effettivo di una comunità e del suo potere, sia di arretramento delle responsabilità istituzionali che delegano l'onere di individuare le azioni di contrasto alle disuguaglianze proprio alle stesse comunità svantaggiate. Se gli effetti della distribuzione di poteri e responsabilità diventano più visibili nel tempo, la definizione di una *policy* emerge come un processo di ricostruzione a posteriori del senso che lega diverse esperienze, già accadute, in corso o che stanno per accadere, e che cerca di dare un impulso all'immaginazione di un futuro diverso: «Policy action does not have discrete beginnings and endings; such temporal markers must be produced through the stories told about policy» (Tate 2020: 85).

Nel frattempo, altri slittamenti semantici si stanno realizzando attorno alla proliferazione del termine prossimità. Analizzando i Programmi Obiettivo dei vari Quartieri prodotti in diversi anni, ovvero il documento che indica il piano triennale delle strategie e delle azioni in corso e per il futuro in linea con gli indirizzi politici del Comune¹²⁵, è possibile notare un deciso aumento quantitativo del ricorso a questa parola. Nel documento che riunisce i Programmi Obiettivo di tutti i Quartieri del triennio 2020-2022, il termine prossimità compare 34 volte, mentre nello stesso tipo di documento relativo al triennio 2022-2024 compare 64 volte, per arrivare al più recente, il documento relativo ai Programmi Obiettivo approvati dai singoli

¹²⁴ Come descritto da Jennie Popay nel corso del suo intervento alla conferenza Thrive Care, svoltasi a Bologna a inizio ottobre 2025, la comunità e in particolare la partecipazione comunitaria sono il *golden bullet* dei consistenti periodi di crisi.

¹²⁵ Ciascun Programma Obiettivo viene costruito da ogni Quartiere sulla base degli "Indirizzi per i Programmi Obiettivo dei Quartieri per il triennio" contenuti nel Documento Unico di Programmazione approvato dalla Giunta comunale, ed è successivamente deliberato dal relativo Consiglio di Quartiere.

Quartieri per il triennio 2024-2026, dove il termine prossimità compare ben 399 volte¹²⁶. Quando questa parola non è stata usata da sola con il significato di vicinanza spaziale, nel documento del 2020-2022 i sostantivi che maggiormente accompagnano l'essere "di prossimità" sono: i "servizi di prossimità" legati alla Task Force esistente in ogni Quartiere nell'ambito della sicurezza urbana; i "servizi di prossimità" non meglio specificati; i "progetti e servizi di prossimità" che rientrano nella categoria del "lavoro di prossimità" o del "lavoro di comunità"; le "iniziative", "attività" e "dispositivi di prossimità" che mirano a sviluppare le "reti di prossimità"; il "commercio" o le "attività economiche di prossimità" di cui è riconosciuto il ruolo di presidio relazionale e sociale; ma anche il "soggetto di prossimità", in riferimento al Quartiere come "principale e primo momento di prossimità verso il cittadino" e il cui ruolo è stato rafforzato dal lavoro degli Uffici Reti e Lavoro di Comunità. Nel documento relativo al triennio successivo, le coppie terminologiche sono confermate e arricchite dall'associazione del termine prossimità con i sostantivi "luoghi", in riferimento soprattutto alle Case di Quartiere, "relazioni", da rafforzare nel periodo post-pandemico, "cultura" o "welfare culturale", per garantire l'accessibilità dei servizi e favorire la partecipazione; ma anche come "logica" di fruizione dello spazio pubblico o di collaborazione tra pubblico e privato nel welfare generativo, come "nuovo approccio" alla produzione delle politiche, come "dimensione" da praticare per le trasformazioni urbane. Nell'ultimo documento del triennio 2024-2025 emergono inoltre delle aggiunte interessanti: nuove figure come gli "ausiliari di prossimità", attivi nel monitoraggio di alcuni giardini in collaborazione con le forze di Polizia Locale; il binomio "prossimità e informalità", da riconoscere nelle reti sociali esistenti e da rilanciare ulteriormente; l'"ottica del welfare di prossimità", da incrementare nella strutturazione di presidi come quelli delle Case di Quartiere; ma anche le "politiche di prossimità", di cui le Case di Quartiere diventano "i luoghi privilegiati", che l'Amministrazione condivide con la cittadinanza attraverso i Laboratori di Quartiere e che contribuiranno ad arricchire un nuovo strumento. Si tratta del Piano dei Quartieri, che mira a «diventare lo strumento principale di documentazione e monitoraggio del lavoro di comunità e cura del territorio affidato agli Uffici Reti che hanno acquisito [...] un ruolo specifico di promozione di progetti, interventi e attività» attraverso il

¹²⁶ Il documento relativo al triennio 2020-2022 è disponibile al seguente link: https://archivio-bilancio.comune.bologna.it/wp-content/uploads/Bilancio2020/PO_Quartieri_2020_2022.pdf (ultimo accesso 15.10.2025); quello relativo al triennio 2022-2024 è disponibile al seguente link: https://siti-tematici.comune.bologna.it/media/files/2022_2024_po_quartieri.pdf (ultimo accesso 15.10.2025); infine il documento relativo al triennio 2024-2026 è disponibile al seguente link: https://siti-tematici.comune.bologna.it/media/files/allegato_1_po_quartieri_dup_20242026compressato.pdf (ultimo accesso 15.10.2025).

coordinamento con i settori centrali del Comune e la FIU, «per dare attuazione concreta all’ultima riforma dei Quartieri»¹²⁷. L’impennata del termine prossimità negli ultimi Programmi Obiettivo è dovuta anche a un altro motivo, quale l’adozione di una nuova categoria di descrizione discorsiva del territorio, la “zona di prossimità”. Nel documento dei Programmi Obiettivo del triennio 2020-2022 il Quartiere viene approfondito nella sua interezza e non è suddiviso in ulteriori aree; in quello del triennio 2022-2024 si fa già riferimento a delle “aree di prossimità” che riuniscono più aree statistiche, ma è nel Programma Obiettivo più recente che si ha una definitiva suddivisione del territorio comunale in 25 zone di prossimità, descritte nei seguenti termini:

Ciascuna zona di prossimità è caratterizzata da una storia e un’identità definite, con una propria spiccata riconoscibilità e, anche grazie alla dimensione più contenuta rispetto all’estensione del Quartiere, risulta la giusta scala su cui agire facilitando la partecipazione diretta degli abitanti alla vita della comunità e consentendo di cogliere e stimolare i bisogni e le potenzialità dei vari contesti che lo compongono¹²⁸.

Se per il momento la categoria della zona di prossimità sembra qualificare più un’amministrazione discorsiva del territorio, è previsto che assuma sempre più rilevanza nei processi di governance partecipativa, considerato anche che il Piano dei Quartieri sarà basato proprio su queste unità territoriali.

La direzione sembra quindi essere quella di una progressiva ricucitura tra le dimensioni geografica, relazionale e partecipativa della prossimità a livello non solo di iniziative sporadiche, ma anche di amministrazione del territorio e di formulazione di politiche in vari ambiti della vita pubblica. In relazione a quanto descritto precedentemente, tale direzione, tuttavia, rischia di non raggiungere gli obiettivi desiderati se non si dà sufficiente spazio alla coltivazione di relazioni di comunità e se l’amministrazione discorsiva non viene accompagnata da un sostegno adeguato, a livello di coordinamento, formazione, risorse economiche e personali, a ciò che nei territori già viene precariamente prodotto e di cui una politica quotidiana di prossimità potrebbe nutrirsi. Nel vortice semantico creato dall’esplosione dell’utilizzo delle parole “prossimità” e “comunità”, il rischio, paradossale, è quello di dimenticarsi delle loro basi esistenziali. Ricordo quanto commentato da una rappresentante di un ente regionale durante un incontro del Laboratorio italo-brasiliano del

¹²⁷ Programmi Obiettivo 2024-2026, pagina 3.

¹²⁸ *Ibidem*.

2024, un dispositivo di cooperazione internazionale e interistituzionale tra il Brasile e la Regione Emilia-Romagna che promuove annualmente incontri e laboratori di formazione¹²⁹:

La prossimità può creare possibilità e protagonismo? Ciò che facciamo deve essere utile alle persone, al cambiamento delle loro condizioni di vita; usiamo tanti aggettivi, tante parole, quante parole per dire queste cose: cambiamo gli aggettivi ma le cose rimangono ferme sull'uso dei poteri (diario di campo, incontro del Laboratorio, 13 febbraio 2024).

Vissuti

Nel secondo capitolo ho introdotto alcuni degli effetti del lavoro multiforme e precario svolto da operatrici sociali, agenti e infermiere chiamate a lavorare in progetti e servizi di comunità. In queste pagine vorrei approfondire ulteriormente le conseguenze della governance della prossimità a partire dall'esperienza di chi è chiamata a mediare le politiche e dare loro concretezza attraverso le pratiche quotidiane; l'obiettivo è quello di contribuire a far emergere il reciproco rapporto di produzione tra soggetti e politiche (Tate 2020, Tarabusi, Zinn 2023), soffermandomi sulle interpretazioni delle narrazioni e dei processi di governance comunitaria da parte di chi opera la prossimità in contesti territoriali specifici.

Nel periodo di campo coinciso con una maggiore frequentazione delle operatrici sociali, nel diario annotavo come la prossimità fosse una parola sempre più diffusa ma anche molto vaga, che può assumere tanti e contemporaneamente nessun significato, anche nel vissuto delle lavoratrici incontrate.

Quello che [le operatrici] affermano è che “tutti parlano di prossimità, ma si intendono cose diverse [...] è una parola vaga”. Dicono che è uno di quei concetti, come integrazione, comunità, partecipazione, che viene svuotato di ogni significato; loro associano la parola prossimità a prevenzione, accompagnamento, territorio (diario di campo, 16 luglio 2024).

Mi racconta della sua insofferenza per termini come prossimità, integrazione, partecipazione, co-progettazione, “e tutte le cose che iniziano per co-qualcosa!”. Ma anche, con mio stupore, per la ricerca-azione: “cioè tutte queste ricerche-azioni che poi...”. Dai suoi discorsi intuisco che considera molti progetti di ricerca-azione come non accurati sotto il profilo metodologico, ma tra le righe leggo anche che il motivo principale

¹²⁹ Per approfondimenti si vedano la pagina dedicata <https://assr.regione.emilia-romagna.it/attivita-internazionali/lab-ita-bra> (ultimo accesso 17.10.2025) e l'articolo di Belluto, Ceccim, Martino (2020).

dell'insofferenza è che i progetti non incidono sulla trasformazione della realtà vissuta al lavoro (diario dell'intervista con Paola, 29 settembre 2024).

Come descritto più volte, è stato proprio negli ultimi anni che abbiamo assistito a una larga diffusione del termine e, con esso, a una molteplicità semantica che produce un'ambiguità dentro e fuori i confini professionali. «Quando dico a Lino, un volontario di un'associazione della zona, che sto facendo una ricerca sulla prossimità, mi dice con il suo accento romano “e che vuol di? che è sta prossimità? Boh!”» (diario di campo, 16 luglio 2024). Anche se nella concretezza dell'esperienza la prossimità qualifica il lavoro e le pratiche portate avanti, per alcune operatrici non individua la prima caratteristica del proprio operato: «credo sia abbastanza nuovo questo termine nel senso che il concetto di prossimità è un trend contemporaneo dell'ultimo anno e mezzo quindi sì, ovviamente conosciamo benissimo questa parola perché era nei nostri discorsi ma non era, non dava il nome all'etichetta» (intervista con Elisa, 20 giugno 2024). Per alcune, infatti, il concetto che meglio qualifica la propria figura professionale è quello di comunità, e l'essere di prossimità riveste un significato identitario solo in relazione alla possibilità di esercitare quella prossimità nella comunità: «comunità è sempre stata la parola chiave, ma perché sia per l'esterno, per i rapporti con l'esterno come ti dicevo, residenti, associazioni eccetera, ma anche internamente, cioè il lavorare proprio sul gruppo, sul creare la comunità» (intervista con Laura, 1 ottobre 2024). Per altre figure ancora, il riferimento alla comunità risulta ambivalente nel momento in cui attività e collaborazioni in cui sono chiamate a partecipare e che si riferiscono a questo ambito non sono sostenute da un sistema stabile. Diverse operatrici e infermiere, infatti, hanno mostrato una certa stanchezza, a tratti una vera e propria insofferenza, verso il prefisso “co-”. Hobsbawm, richiamato da Aime (2019: 12-13), ne *Il secolo breve* del 1995 affermò: «mai il termine comunità è stato usato in modo tanto insensato e indiscriminato come nei decenni in cui le comunità sono diventate sempre più difficili da trovare nella vita reale». Di fronte alla necessità di costruire delle comunità in grado di resistere ai tempi del capitalismo contemporaneo, si è sviluppata una certa «filosofia del co-», che spesso assume toni innovativi, quasi rivoluzionari, sebbene la riscoperta della condivisione come valore consenta di arginare il processo di «impoverimento umano e culturale a cui ci porta la solitudine della competizione a ogni costo, del possesso come marchio di successo» (Aime 2019: 106). Da parte di chi sperimenta quotidianamente il lavoro di prossimità e comunità, il lavoro prodotto a contatto con le persone nei territori, in alcuni casi, assume un'importanza “rivoluzionaria”, ovvero viene concepito come un andare controcorrente rispetto all'ordine morale e

socio-economico dominante; l'entusiasmo o, meglio, la motivazione che sostiene un lavoro così precario si riduce quando la collaborazione è sì la cornice concettuale, ma non viene applicata nei rapporti tra diverse istituzioni pubbliche, tra enti del Terzo settore, tra livelli del medesimo servizio, e quando il tipo di governo di questi rapporti produce un lavoro a tratti depotenziato e insalubre.

Da parte di chi lavora quotidianamente nei territori, come le operatrici sociali, così come da parte di chi è chiamata ad affacciarsi sull'ambito comunitario, come le IFeC, vi è una diffusa percezione di una mancanza di coordinamento tra le diverse istituzioni pubbliche che governano la città¹³⁰. Il livello di integrazione tra differenti istituzioni, *in primis* l'Ausl, il Comune e i Quartieri, viene percepito come «scarsamente fluido», se non «inesistente»; particolarmente indicativa risulta infatti la metafora utilizzata da una delle intervistate, che descrive il coordinamento tra enti istituzionali diversi come «l'elefante nella cristalleria» (intervista con Paola, 29 settembre 2024). Più volte è stata lamentata la mancanza di una struttura di coordinamento e di strumenti di regia adeguati al supporto continuativo di politiche ed esperienze di salute territoriale capaci di apprendere da ciò che già viene prodotto sul territorio. Tra istituzioni diverse, che tuttavia sono chiamate a governare la stessa città e la stessa popolazione nel suo complesso, si producono rimbalzi di responsabilità nutriti da visioni che scorporano le diverse dimensioni esistenziali (socio-educativo e abitativo, individuale e comunitario, prestazionale e territoriale, sociale e sanitario) e non strutturano una rete integrata in grado di rispondere alla complessità dei fenomeni di infragilimento.

Le operatrici ritornano costantemente sul tema della mancanza di coordinamento tra i progetti di lavoro di comunità: «dov'è la regia del Comune in tutto questo?». Lamentano la scarsa fluidità, quando non l'inesistenza, dell'integrazione tra i vari attori; parlano del Comune, di Aps, del Consorzio, che non sono uniti da una reale rete. Non c'è una effettiva condivisione delle informazioni, per cui si producono costantemente delle lacune informative, come nel caso di Acer [l'ente gestore del patrimonio di Edilizia Residenziale Pubblica]: Acer non è nella co-progettazione del servizio e non ha fornito alcun dato sulle

¹³⁰ Mi riferisco qui soprattutto alle operatrici sociali, alle IFeC di Quartiere e di Microarea. I dati e le riflessioni che seguono sono relativi a queste figure; ne sono quindi escluse le Agenti di Prossimità, in quanto i dati raccolti durante le interviste e i confronti informali avuti con alcune di loro non sono stati quantitativamente e qualitativamente sufficienti a elaborare delle riflessioni su questo tema. Si tratta di un paradosso, dato che il loro ruolo è più ampiamente quello della Fondazione Innovazione Urbana è proprio quello di supportare delle trasformazioni amministrative che mettano in maggiore relazione Comune, Quartieri e cittadinanza: se da una parte questa lacuna è responsabilità di chi scrive, dall'altra suggerisce l'esistenza di "zone di privacy" istituzionali, un concetto che riprenderò più avanti.

persone residenti negli appartamenti di ERP della zona (diario di campo, osservazione, 16 luglio 2024).

Gli effetti di un coordinamento carente o assente vengono acuiti dalla percezione di una mancanza di politiche di welfare sistemiche in grado di agire efficacemente sulle varie dimensioni di vita di una persona: il lavoro di comunità, se slegato da interventi sociali strutturali che mirano ai principali determinanti sociali, rischia di essere molto parziale. Come già richiamato in precedenza, gli spazi e gli attori intermedi hanno bisogno dell'azione di istituzioni e politiche che si occupino dei fattori strutturali che incidono nella vita e nella salute delle popolazioni (Cellamare, Ostanel 2024).

Mi sento un po' a volte complice di un sistema che ha deciso di investire su questa cosa qui, e ben venga, ma che non ha deciso di investire su altre parti che sono necessarie per portare avanti tutto quanto. E faccio un po' fatica ogni tanto a star bene in questa parte qui. E quindi forse è più poi una roba da studiare non lo so a livello di politiche e poi di politica, cioè l'integrazione di tutte le politiche di welf[are] (intervista con Raffaella, 17 maggio 2024).

Oltre che sul tipo di lavoro prodotto, questa precaria architettura governativa e politica interroga l'identità di una figura di prossimità, parte di un "sistema" che a volte non condivide, producendo in diverse operatrici un senso di scomodità. In questo delicato scenario, inoltre, alcune professioniste non godono della libertà di poter sviluppare autonomamente delle collaborazioni con altri soggetti istituzionali, soprattutto quando le istituzioni coinvolte sono l'Ausl e il Comune: se da una parte questo rappresenta un limite all'effettivo sviluppo di un lavoro territoriale integrato e comunitario, dall'altra è vissuto anche come una forma di tutela da parte dell'istituzione nei confronti di una sua dipendente, che potrebbe andare incontro a un carico eccessivo di lavoro, nonché come una tutela dell'istituzione rispetto a se stessa, dato che una sua rappresentante potrebbe non rispettare gli impegni presi.

Anche quando il progetto o servizio in cui si lavora è sostenuto da una governance collaborativa, a volte frutto di una co-progettazione tra diversi enti istituzionali e del Terzo settore, il significato attribuito a questa collaborazione può variare notevolmente a seconda del tipo di pratiche governative sperimentate. In alcuni casi questa collaborazione consiste nella condivisione ideale dell'impianto concettuale e operativo del progetto e si sostanzia attraverso riunioni periodiche o l'assegnazione gratuita di alcuni spazi in cui svolgere le

attività. Altre volte la collaborazione può attraversare una sorta di “passaggio di livello”, descritta come un «lavoro fianco a fianco» o una «reale sperimentazione assieme» (intervista con Clara, 20 giugno 2024). Questa si realizza quando la relazione tra committenza amministrativo-politica e gestori del progetto o servizio è sviluppata attraverso una cabina di regia che si incontra regolarmente e che si confronta su ciò che dal lavoro di prossimità emerge, cercando di affrontare e non silenziare le criticità o i conflitti che emergono; ma anche quando il rapporto di scambio e confronto è continuativo e si sviluppa tanto nella formalità quanto nell’informalità (se, ad esempio, i committenti trascorrono del tempo nei luoghi oggetto degli interventi e partecipano saltuariamente alle feste comunitarie). Si potrebbe dire che una governance condivisa del lavoro di prossimità e comunità si realizza quando è il rapporto tra committenti istituzionali e gestori ad essere di prossimità, e quindi a unire in modo continuativo relazione, vicinanza geografica e partecipazione in una direzione trasformativa dell’esistente che si nutre, anche, di attriti e conflitti. Altre volte ancora, invece, la governance formalmente collaborativa viene vissuta come un tipo di governo che allontana committenza e gestori; è in questo contesto che matura una interpretazione della prossimità nei termini di una novità “calata dall’alto”, in riferimento alle decisioni che a livello amministrativo, tecnico e politico vengono prese senza una concertazione efficace con il livello operativo e che ricadono sull’esistenza quotidiana di servizi, persone e operatori:

È nuovo! Nel senso che per me il mio lavoro è sempre stato un lavoro di comunità [...]. Però ecco questa prossimità, questa parola prossimità, sinceramente non l’ho mai usata prima. Adesso fa parte del nostrooo, cioè ci è stata un po’ calata dall’alto, anche se riconosco che adesso insomma [ride in modo sarcastico] calza a pennello in questo moment[o].. però è una cosa molto nuova, sì (intervista con Laura, 1 ottobre 2024).

Nello stesso periodo in cui stavo svolgendo la maggior parte delle interviste con le operatrici sociali, si stava concludendo il nuovo ciclo di co-progettazione tra ASP Città di Bologna, l’azienda partecipata del Comune di Bologna che gestisce servizi sociali e socio-sanitari nei settori dell’abitare e dell’accoglienza, e il Consorzio L’Arcolaio, che riunisce la maggior parte delle cooperative sociali attive nel territorio bolognese¹³¹. La comprensione del tema della governance, e più in generale del rapporto tra *policy* e *politics*, ha risentito fortemente

¹³¹ Il Consorzio, nato nel 2010, si occupa di servizi di accoglienza per migranti e richiedenti asilo, servizi per il disagio adulto e dell’inserimento lavorativo di persone fragili; originariamente fondato da cinque cooperative sociali, quali Arca di Noè, La Piccola Carovana, Open Group, Piazza Grande, Società Dolce, oggi ne riunisce quattordici. Fonte: <https://consorziolarcolaio.it/chi-siamo/> (ultimo accesso 16.10.2025).

dell'influenza di questo momento, in quanto dalla co-progettazione sono emersi dei cambiamenti organizzativi e di contenuto che hanno avuto un importante impatto sul lavoro di molte operatrici. Come già descritto nel secondo capitolo, solo uno dei servizi analizzati nel corso della mia ricerca rientra in quelli amministrati da ASP Città di Bologna, ma la maggioranza delle lavoratrici dei progetti territoriali di comunità svolge contemporaneamente più ruoli in più servizi contemporaneamente, lavorando anche in ambiti governati direttamente da ASP. La loro esperienza all'interno dei servizi aventi come regia quella dell'azienda, quindi, influisce anche su quella di operatrici in progetti micro-locali che sono sostenuti da un rapporto di collaborazione con altri enti pubblici, come i Quartieri. Tra i principali cambiamenti introdotti da questa co-progettazione, definita una «gara al ribasso» (diario di campo, osservazione, 16 luglio 2024), vi sono un'importante diminuzione dei fondi (alcune operatrici hanno parlato di più di un milione di euro su quattro anni) e una nuova impostazione organizzativa e di coordinamento. Nei servizi abitativi sono state diminuite le figure educative e le operatrici, così come le loro ore, a fronte dell'aumento del disagio sociale. Le operatrici si percepiscono più «guardiane del sociale» che figure sociali (diario di campo, osservazione, 16 luglio 2024) e avvertono quindi l'ampliamento della loro funzione di controllo degli spazi anziché di cura delle persone. È stata inoltre creata una nuova area all'interno della quale riunire alcuni dei servizi già esistenti, chiamata, in maniera ormai prevedibile, «di prossimità». All'interno della più ampia categoria di servizio per il contrasto alla grave emarginazione adulta, i servizi di prossimità comprendono i laboratori di comunità e il servizio InStrada, un servizio operativo dotato di unità di strada e di un centralino telefonico. La riorganizzazione di quest'ultimo servizio, ora caratterizzato da équipe mobili sul territorio, anziché da un presidio fisso, e da una disponibilità telefonica oraria inferiore rispetto alla precedente, ha portato a un forte aumento, per i laboratori di comunità, delle attività di orientamento sociale a individui in condizioni di disagio, con una conseguente limitazione, a tratti un vero e proprio azzeramento, delle attività di comunità e di rete con il territorio. Anche il coordinamento dei laboratori viene trasformato, in quanto viene istituito un coordinamento trasversale ai vari laboratori da parte di una figura che non conosce in modo approfondito la realtà di ciascuna esperienza e che non trascorrerà alcun tempo all'interno di queste, a differenza di quanto accadeva precedentemente in cui la figura coordinatrice del laboratorio svolgeva saltuariamente delle attività operative e trascorrevva parte del suo lavoro proprio all'interno di quegli spazi. In questo modo, la previsione è quella di un ulteriore allontanamento tra il livello di coordinamento e quello operativo, un dato che va nella direzione opposta a quella di una gestione efficace, e desiderata, della prossimità.

Quest'analisi fa emergere un'ulteriore mediazione che interviene nell'esistenza e nello sviluppo dei progetti di prossimità e comunità: non solo le varie figure mediano tra le componenti di una comunità in divenire, non solo questa mediazione si sviluppa orizzontalmente nel territorio con i vari enti associativi che ne fanno parte, ma i progetti o servizi si fanno mediatori di processi verticali; vengono cioè influenzati dai molteplici livelli di coordinamento verticale che “precipitano” sui territori e sulla quotidianità di queste esperienze sotto forma di (non) politiche e governance più o meno collaborative che si sviluppino sia tra enti diversi (tra istituzioni pubbliche, tra enti pubblici ed enti del Terzo settore, tra enti del Terzo settore) sia all'interno del medesimo servizio. In un'occasione, una operatrice ha commentato lo sconforto di essere venuta a sapere proprio nel corso della nostra intervista che esistevano altri progetti simili a quello in cui era impegnata, nonché svolti dai “cugini” di un'altra cooperativa aderente al medesimo Consorzio. La riunione all'interno di una stessa aggregazione (o “famiglia”), come quella del Consorzio, pur finalizzata a un aumento del confronto e del coordinamento su temi comuni, non risulta sufficiente allo sviluppo di un'efficace condivisione delle informazioni.

Rispetto a un medesimo servizio o progetto, è da segnalare come la maggior parte degli enti cooperativi, così come le istituzioni pubbliche, sia strutturata gerarchicamente, per cui chi lavora sul territorio deve rendere conto e viene coordinato da un livello spesso indicato come “superiore” o “alto”. Come già accennato, il dialogo tra il livello operativo e quello di coordinamento può essere facilitato da una parziale sovrapposizione dei ruoli, e questo può produrre una maggiore comprensione, condivisione e soddisfazione per il lavoro portato avanti, nonostante le numerose criticità generali. In altri casi, quando non vi è una sovrapposizione o una forte integrazione tra i livelli di coordinamento e quello operativo, emerge una scarsa conoscenza, da parte dei primi, dei progetti, delle relazioni e di alcuni meccanismi di funzionamento del lavoro territoriale:

L'operatrice quindi vorrebbe potersi occupare lei stessa di questi “pezzi” di lavoro e dice “partecipo io agli incontri, tanto so già chi chiamare [nel senso che ha già relazioni con le persone che lavorano sul territorio e negli uffici] però tu [coordinatrice] mi devi dare carta bianca” (diario di campo, osservazione, 19 settembre 2024).

Pensando al mio stesso processo di avvicinamento ad alcuni progetti, in un caso il coordinatore di un servizio mi ha sollecitato a svolgere le interviste con tutti gli enti appartenenti alla cordata che aveva partecipato alla co-progettazione dell'intervento

territoriale. Dal suo punto di vista era importante mantenere una dimensione corale in linea con il percorso di co-progettazione attraversato, probabilmente al fine di rafforzare un'immagine unitaria della rete territoriale (oltre che garantire uno spazio di espressione e partecipazione a ciascun soggetto). Differente, invece, il suggerimento di una operatrice sul campo, più esposta alle quotidiane turbolenze del lavoro di comunità, la quale propendeva per la raccolta di tutti i punti di vista, ma separatamente, per permettere uno spazio di espressione più libero e meno vincolato al mantenimento dei “buoni rapporti”, di cui, forse, lei stessa sentiva la necessità.

Un elemento trasversale alle esperienze di operatrici e infermiere è stato il desiderio di una maggiore concertazione delle decisioni che ricadono sull'organizzazione e sulla tipologia di lavoro svolto sul campo. Questo tema si lega al più ampio rafforzamento dell'agency dei lavoratori e delle lavoratrici, nei progetti territoriali o negli uffici delle istituzioni pubbliche, e agli interrogativi sul legame tra la loro capacità di agire e le strutture socio-politiche in cui sono inseriti/e. In generale, il tema del benessere dei lavoratori e delle lavoratrici è un tema molto scottante, seppur silente, su cui ricadono delle criticità innanzitutto di tipo socio-culturale, cioè di come il mestiere viene rappresentato e più o meno valorizzato, che si ripercuotono sul lato economico, organizzativo e formativo, e che riguardano la società in generale, le committenze politico-amministrative, le cooperative e la classe lavoratrice. Nel periodo di studio e ricerca in Brasile, spesso ho pensato al doppio significato che in italiano assume l'espressione “*trabalhar em saúde*”, cioè lavorare in salute: se il primo riferimento è al lavoro nel campo sanitario, il secondo è quello al lavoro che produce salute per chi, innanzitutto, lo attua. I vissuti delle strutture organizzative e di gestione dei progetti che mirano a prevenire o promuovere la salute hanno fatto emergere degli elementi disfunzionali, come una struttura gerarchica del potere che si accompagna a decisioni non co-prodotte e a un eccessivo carico di lavoro e responsabilità, legati a un quesito che spesso mi sono posta: è possibile produrre salute per e con gli altri, quando chi è chiamato a svolgere questo lavoro è in prima persona immerso in processi tutt'altro che salutari? Si tratta di un quesito che ritorna ciclicamente, anche nella città di Bologna¹³², in quanto una trasformazione delle condizioni da cui questa domanda origina stenta ad avvenire.

¹³² In un articolo comparso sul Fatto Quotidiano online nel luglio del 2011, che raccontava della difficile situazione di alcuni educatori ed educatrici di una cooperativa rientrando in un consorzio in fase di fallimento, i/le professionisti/e si chiedevano: «Come possiamo aiutare le persone disagiate quando sulla nostra pelle viviamo una situazione di reale precarietà? Chi si prende cura delle nostre esigenze?» (fonte: <https://www.ilfattoquotidiano.it/2011/07/28/bologna-in-150-occupano-la-presidenza-della-loro-azienda-per-esse-re-pagati/148448/>, ultimo accesso 14.10.2025).

4.3 - Progettare gli e le Agenti Comunitari/e di Salute a Bologna

Questo paragrafo è dedicato all'esplorazione, da lontano, di una nuova progettazione che ha coinvolto varie istituzioni pubbliche della città di Bologna tra il 2023 e il 2025 nella costruzione della figura dell'Agente Comunitario/a di Salute su scala cittadina.

Come accennato nel primo capitolo, questa ricerca di dottorato è sostenuta da una borsa frutto di un accordo tra l'Università e il Comune di Bologna; così come recitava la scheda del bando di dottorato a cui ho partecipato, inizialmente avrei dovuto affrontare l'oggetto della "Promozione della salute e sperimentazione del modello delle Microaree a Bologna". Diverse vicissitudini hanno fatto sì che l'avvio dell'approfondimento delle microaree non sia stato possibile e la ricerca si sia ampliata più generalmente alle figure di prossimità, fino a una negoziazione con il Comune su una ricerca inerente la nuova progettazione. Nel periodo di studio e ricerca presso la Pubblica Amministrazione, i miei riferimenti sono stati delle funzionarie e professioniste del Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità e della Fondazione Innovazione Urbana, ovvero due degli enti maggiormente coinvolti, con compiti ideativi, organizzativi e di coordinamento, nel processo di costruzione del nuovo progetto. L'avvio di questo periodo, tuttavia, è stato fuorché lineare, proprio come l'andamento del processo di progettazione degli e delle ACS cittadini/e. Una delle fasi ideative del percorso di progettazione si è verificata quando la convenzione definitiva tra Università e Comune, che mi avrebbe permesso l'accesso formale a questo spazio istituzionale, non era ancora attiva. Nonostante l'interesse dimostrato dalle figure referenti per la mia partecipazione, non è stato infatti possibile avviare l'osservazione partecipante ai vari incontri che hanno sostanziato il processo di progettazione: l'intreccio tra carenza di risorse interne al Comune e pesante mole di lavoro ha contribuito a ritardare la stipula definitiva della convenzione, e la mancanza di una convenzione a cui riferirsi ha ostacolato la stipula di un'assicurazione che chi frequenta gli spazi, materiali e simbolici, di un'istituzione pubblica deve avere; una mancanza che, di fatto, ha bloccato ogni accesso anche informale a questo campo. Per alcuni mesi si è quindi prodotta una serie di rimbalzi di motivazioni e responsabilità tra "pezzi" di queste istituzioni. Quando la convenzione è stata attivata e sarei stata "pronta" sotto tutti i punti di vista, compreso quello amministrativo, a inserirmi nel percorso di progettazione, questo si è interrotto ed è ripreso proprio alla scadenza del periodo di studio e ricerca concordato presso la Pubblica Amministrazione. I tempi sono stati "sfortunati" e gli intoppi burocratici fanno parte dell'"ordinaria amministrazione", come suggerito dal senso comune; se da un lato non ci sono delle motivazioni specifiche

intenzionalmente prodotte, ritengo anche che ci siano degli elementi etnograficamente interessanti rispetto agli effetti di queste dinamiche. Ciò che questa esperienza auto-etnografica brevemente presentata (il cambiamento di oggetto specifico della ricerca, l'andamento delle mie immersioni nella pubblica amministrazione), così come il percorso di progettazione cittadino che approfondirò nelle prossime pagine, mostrano è innanzitutto una difficoltà di accesso a campi altamente mutevoli di produzione delle politiche nelle fasi ideative e di *decision-making*. Nel rapporto tra ricerca etnografica e produzione delle politiche emergono spesso dei processi di *gatekeeping*, in questo caso istituzionali, che, come ricorda Tate (2020), risentono di vari elementi, tra cui: l'illegittimità dell'etnografo, ovvero il mescolamento tra il minor status sociale di questo tipo di studi e la preoccupazione delle istituzioni per le potenziali critiche; l'andamento episodico e instabile che caratterizza spesso i processi di formulazione e decisione delle politiche; l'esistenza di zone di privacy istituzionale. Quest'ultima formulazione, prodotta da Silverstein (2011: 80), si riferisce a quelle arene che emergono nei contesti collaborativi tra ricercatori/trici e *policy makers*, anche quando questi ultimi sono considerati dei partner epistemici che, tuttavia, vengono incontrati solo all'interno di «incontri orchestrati» (*ibidem*) senza poter osservare e analizzare ciò che si produce più quotidianamente tra i corridoi che collegano le stanze usate per gli incontri ufficiali. Il rafforzamento di queste zone di privacy, inoltre, può essere meglio compreso in relazione al posizionamento del ricercatore o ricercatrice, una figura mai neutrale, specialmente in contesti di ricerca *at home*, proprio come descritto nelle pagine iniziali del primo capitolo in cui ho riportato un estratto di un incontro di avvicinamento al campo istituzionale, durante il quale una referente ribadì il suo interesse rispetto alla mia partecipazione, ma sottolineò il «bisogno che ci sia consapevolezza rispetto ai “limiti strutturali” in cui il suo ente è inserito e che l'approccio (il mio) non sia troppo critico o idealistico, perché c'è “bisogno di concretezza”» (diario di campo, 4 marzo 2024).

Oltre che del processo di produzione delle politiche, sostanziate attraverso progetti come quello degli e delle ACS cittadini/e, quanto descritto illumina alcuni aspetti anche del funzionamento e dell'identità delle istituzioni: un'articolazione complessa, a volte frammentata, che oscilla tra l'identificazione comune (come immagine veicolata verso l'esterno) e la differenziazione (come esercizio sviluppato verso l'interno); un bisogno da parte delle istituzioni di figure esperte, per titolo riconosciuto, sui temi oggetto delle politiche, per cui il ruolo di ricercatrice che osserva e apprende viene investito dall'aspettativa di essere promotrice della diffusione di un certo sapere che deve essere orientato alla “concretezza”. Ciò che questo andirivieni ha prodotto è stata una tutela agita

dall'istituzione e dai suoi appartenenti rispetto all'insieme di conflitti, contraddizioni e difficoltà che ogni comunità affronta e non vuole che emerga nel confronto con altri soggetti esterni ad essa (Aime 2019); un esito in linea con la tendenza dello Stato e delle sue istituzioni ad autorappresentarsi come soggetto unitario e compatto (Dei, Di Pasquale 2017) e mostrare un consenso tra posizioni interne e iniziative a volte anche contraddittorie (Tate 2020).

Quanto segue nasce quindi da una posizione non così prossima a quella che avrei immaginato di abitare nel processo di costruzione della figura dell'ACS cittadino/a. I dati e le riflessioni si basano su alcune interviste in profondità e comunicazioni informali di persone che vi hanno partecipato, nonché su report e documenti riguardanti questa progettazione. Nel racconto seguente cercherò di affrontare l'analisi degli elementi più salienti emersi, quali: la storia, l'andamento e le direzioni dei processi; gli attori che vi hanno partecipato e i ruoli che hanno assunto; le fonti materiali e simboliche che hanno nutrito la sperimentazione; l'eterogeneità delle interpretazioni che si sono avvicendate nella costruzione del senso di questo intervento; gli esiti provvisori.

Quello riguardante l'istituzione della figura degli e delle Agenti Comunitari/e di Salute a livello cittadino è uno degli interventi componenti il più ampio progetto "Cura dei cittadini e delle cittadine nella prossimità" (d'ora in poi anche "Cura") che il Comune di Bologna ha elaborato e sottoposto al Ministero della Pubblica Amministrazione per ottenere i fondi del Programma Nazionale Metro Plus 2021-2027, a sua volta approvato dalla Commissione Europea e sostenuto da fondi europei¹³³. In particolare, il progetto bolognese, che ha ricevuto nel suo complesso più di 17 milioni di euro, è stato formulato in base all'obiettivo specifico, indicato nel Programma, di miglioramento dell'offerta dei servizi territoriali e dell'accesso ad essi¹³⁴, rispondente dalla Priorità "Servizi per l'inclusione e l'innovazione sociale". L'obiettivo viene giustificato e descritto nei seguenti termini:

A fronte di un aumento e di una diversificazione del fabbisogno emergente - anche come conseguenza dell'impatto della pandemia sul sistema socioeconomico - emerge la necessità di intervenire in modo più ampio nel miglioramento dei servizi sociali dei

¹³³ Per ulteriori dettagli si veda la pagina dedicata <https://www.pnmetroplus.it/home-2/pon-metro-plus-21-27/pn-metro-21-27-2/> (ultimo accesso 17.10.2025).

¹³⁴ Ben più estesamente, l'obiettivo è "Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità".

Comuni anche attraverso il rafforzamento del sistema dei servizi di prossimità e di welfare comunitario. [...] favorire un rafforzamento generalizzato dei servizi [...] con un triplice approccio: (i) rafforzamento della filiera ordinaria [...] (ii) promozione di nuove modalità di intervento basate sulla integrazione delle politiche, sulla centralizzazione della persona e sulla costruzione di reti tra attori pubblici, privati e del Terzo Settore; (iii) attivazione della cittadinanza, della società civile e dell'economia sociale nell'individuazione di esigenze e risposte innovative ai bisogni secondo il paradigma dell'innovazione sociale¹³⁵.

Coerentemente, quindi, il progetto “Cura” ha come finalità quella di sostenere e rafforzare lo sviluppo di un welfare di prossimità attraverso la definizione di alcune macro-linee di azione, tra cui quella denominata “luoghi della prossimità” che mira all’«implementazione di un’infrastruttura di prossimità - valorizzazione delle molteplici sedi territoriali che compongono l’esistente rete cittadina dei servizi di welfare e il rafforzamento dei collegamenti tra loro»¹³⁶. Questa macro-linea di azione si compone a sua volta di sotto-azioni, tra cui quella di «promuovere salute e connettere cittadini, comunità e servizi», a sua volta suddivisa in ulteriori azioni, tra cui quella di dotare almeno un’area di ciascun Quartiere di «un’agente di salute» per «il monitoraggio delle condizioni di salute della popolazione e l’attivazione di iniziative e progetti volti a promuovere corretti stili di vita, l’educazione alla salute e all’ambiente, l’accesso ai servizi sociali e sanitari, la socializzazione e le relazioni comunitarie»¹³⁷. Questo lavoro di “scalatura” ci consente di approfondire innanzitutto l’architettura economica che sostiene il progetto in analisi e di metterla in relazione con i progetti e servizi di lavoro di comunità rientranti nel più ampio welfare di prossimità e comunità. Chi lavora in particolare quei progetti o servizi che non rientrano strutturalmente nelle istituzioni pubbliche spesso sente pronunciare l’espressione “non ci sono abbastanza soldi” per fare una nuova attività, per ampliare o continuare il progetto. Se l’indebolimento del welfare passa anche da una diminuzione della spesa pubblica, non è solo per la presenza o la mancanza di fondi, che pur rispondono a scelte valoriali e politiche centrali, ma anche per

¹³⁵ Il documento contenente i dettagli del Programma PN Metro Plus e Città Medie Sud è consultabile al seguente link: <https://www.pnmetroplus.it/wp-content/uploads/2022/08/sfc2021-PRG-2021IT16FFPR005-1.1.pdf> (ultimo accesso 17.10.2025).

¹³⁶ Le altre macro-linee di azione sono “la strada”, “il domicilio” e “l’inclusione attiva e la mediazione dei conflitti nella città di notte”. Fonte: <https://www.crescebologna.it/progetti/cura-dei-cittadini-e-delle-cittadine-nella-prossimita> (ultimo accesso 17.10.2025).

¹³⁷ Dal Programma Attuativo Annuale del 2024 del Piano di Zona, disponibile al seguente link: https://www.comune.bologna.it/myportal/C_A944/api/content/download?id=67161d70f4bd6e0099065c30 (ultimo accesso 17.10.2025).

la direzione e modalità di gestione dei finanziamenti. Come notato anche da altri osservatori in campi affini, capita che nell'ambito della rigenerazione urbana si sviluppi la discussione di progetti "innovativi" localizzati in alcuni territori che poco o nulla hanno a che fare con i bisogni più materiali e "banali" della vita quotidiana di chi ci vive (Proto, Piras 2024); o, ancora, l'ambito sanitario, interessato «dall'onda dei finanziamenti PNRR che, paradossalmente, ne aumentano il livello di incoerenza organizzativa e le difficoltà gestionali» (Gallotti, Tarabusi 2024: 39), sperimenta implementazioni pur importanti come quelle delle Case della Comunità a fronte, tuttavia, di una crescente e preoccupante carenza di personale medico e infermieristico. Nella fase di messa a terra del PNRR, l'azione amministrativa finalizzata ad affrontare le crisi contemporanee è costretta in tempi contingentati e a soluzioni procedurali che possono minare metodi e tempi necessari per la partecipazione, anche nei contesti più virtuosi come quello bolognese; la «gestione straordinaria» dei progetti, come quelli finanziati tramite il PNRR, deve essere compresa in relazione all'«ordinaria amministrazione», che nel caso di Bologna è quella del modello dell'amministrazione condivisa (Urban@it 2024: 104), anche se, più che vero e proprio modello, ne rappresenta l'orientamento nelle varie articolazioni del welfare di comunità. I fondi del PN Metro Plus sono caratterizzati da entità e tempistiche differenti rispetto a quelli del PNRR, ma il loro carattere di "straordinarietà" rispetto ai fondi ordinari si somma e interseca nello stessa configurazione spazio-temporale¹³⁸.

Poi è vero che sono tutte cose complicate che rientrano [...] però è anche vero che in questo momento anche questa corsa a finanziamenti che parlano di queste cose rischia poi di aumentare la confusione [...] Il tema è: mi sono arrivati 20 milioni di euro da Pon Metro che devo spendere nei prossimi cinque anni [...] e che hanno come oggetto il tema luoghi di prossimità. Ergo, tutto quello che io metto fuori a livello di programmazione deve avere quella denominazione. Perché? Perché tutto quello che esce da quel Comune che ha avuto quel tipo di finanziamento deve essere coerente con l'oggetto di quel finanziamento.[...] Cioè, purtroppo è questo, che spesso e volentieri sono i grandi canali di finanziamento che intercettano delle cose e che poi determinano, come dire, il linguaggio e anche i contenuti delle progettazioni dei territori che ricevono quei finanziamenti (intervista con Giovanni, 11 giugno 2025).

¹³⁸ I fondi del PNRR destinati all'Italia sono 194,4 miliardi di euro, da spendere entro la metà del 2026, mentre quelli complessivi del PN Metro ammontano a 3 miliardi di euro e sono da spendere entro la fine del 2027.

Oltre al lato economico e procedurale, l'erogazione dei fondi contribuisce a costruire linguaggi e immaginari fatti di parole d'ordine che hanno un impatto sulla costruzione di specifiche linee progettuali e, quindi, sui servizi messi in campo (e sull'esperienza di lavoratori/trici e cittadini/e). In questo caso la corrispondenza di termini e idee tra la cornice data dai fondi di origine europea e quella delle narrazioni ufficiali circolanti nel contesto bolognese è lampante e, forse, una delle spinte alla “corsa alla prossimità” manifestate nella proliferazione di questo termine nei documenti programmatici e nell'adozione di nuove categorie amministrative e organizzative è legata anche all'impatto di questi finanziamenti¹³⁹. Come già descritto, il ricorso alla prossimità prende forma in un contesto, quale quello bolognese, animato da una serie di storiche trasformazioni istituzionali e forme di attivismo socio-politico. Secondo alcune referenti delle principali istituzioni implicate nella progettazione dei e delle ACS, altre fonti più puntuali e recenti sono intervenute nella formulazione dei nuovi progetti sulla prossimità, ovvero la ricerca-azione sull'equità in salute e alcune esperienze locali e internazionali di sperimentazione della prossimità. Nel corso del progetto “L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna”, sostenuto economicamente e strategicamente dal Tavolo inter-istituzionale di Prevenzione e Promozione della Salute, sono stati creati degli spazi di autoriflessione collettiva con chi opera nei servizi e nelle istituzioni in merito ai temi della salute, dell'equità e della responsabilità (CSI 2022); l'intersezione tra la produzione di dati e processi di svelamento degli impliciti socio-culturali ha permesso di tracciare alcune possibili piste di azione per il ripensamento culturale e organizzativo di alcuni servizi (Consoloni, Quaranta 2023), che sono state parzialmente riprese nell'elaborazione dei nuovi progetti. Uno degli elementi più ricorrenti nelle narrazioni prodotte da alcuni/e referenti istituzionali in merito al progetto di ricerca-azione a distanza di quasi due anni dalla sua conclusione è stato il riferimento alle “mappe della salute”. Le mappe, frutto della prima fase di ricerca di stampo epidemiologico e statistico, sono state utilizzate come sineddoche del progetto nella sua complessità. Questo riferimento è in linea con il «potere dei grandi numeri» (Borghi, Giullari 2015), ovvero l'uso di una conoscenza astratta e quantitativa nella spiegazione e gestione di fenomeni sociali complessi, a cui si è aggiunto un “potere delle mappe”, cioè una rappresentazione grafica delle disuguaglianze e della loro distribuzione in grado di rendere più avvicinabile e comprensibile il tema trattato, anche al di fuori delle strette arene tecniche

¹³⁹ A livello temporale, ad esempio, i Programmi Obiettivo dei Quartieri relativi al triennio 2024-2026 sono stati deliberati nel novembre del 2023, successivamente quindi alla presentazione del progetto “Cura” che è stato formulato e presentato tra la fine del 2022 e l'inizio del 2023.

in cui le mappe erano state prodotte. Da queste mappe, o meglio da questo progetto, è emersa l'esigenza di entrare nella dimensione della prossimità «perché alcune fragilità sono difficili da intercettare», ed è maturata la consapevolezza che la salute non è una responsabilità del solo campo sanitario (diario di campo, comunicazione informale, 11 dicembre 2024). La visione comune faticosamente costruita era sorretta anche da un sistema di relazioni e alleanze maturate nel corso dello sviluppo del progetto di ricerca-azione che, tuttavia, si è incrinato nel periodo successivo alla conclusione della seconda fase della ricerca, ovvero quella di stampo qualitativo, a cui avrebbe dovuto succedere una fase di sperimentazione di interventi nei territori.

E gli interlocutori non sono quelli di tre anni fa, perché tra l'altro anche quello vuol dire: quando tu crei un legame di fiducia con un'altra istituzione, a costruirla ci vogliono degli anni, a perderla un minuto. Un minuto. Quindi adesso ricostruire legami che sono stati improvvisamente affondati [...] non è banale (intervista con Giovanni, 11 giugno 2025).

Come accennato precedentemente, tra il 2024 e il 2025 il Tavolo di Prevenzione e Promozione della Salute non si è più riunito, e i dispositivi organizzativi e partecipativi che hanno informato la nuova progettazione sui e sulle ACS cittadini/e sono cambiati.

Prima di entrare nel vivo del processo di progettazione, ritengo importante soffermarci ancora un po' sulle fonti ideative di questo progetto. Tra le esperienze segnalate dalle interlocutrici che vi hanno preso parte sono emerse quella degli e delle *Agentes Comunitários/as de Saúde* in Brasile, delle microaree e delle Agenti di Prossimità. Quella delle *Agentes* è stata definita «il caso studio» (diario di campo, comunicazione informale, 11 dicembre 2024) approfondito nel corso di alcuni incontri dei Laboratori italo-brasiliani del 2023 e del 2024 e di un paio di viaggi svolti da alcuni/e assessori e rappresentanti del Comune proprio in località brasiliane. I viaggi sono stati realizzati nell'ambito del programma Sognazione - *Sonhação*, un progetto di cooperazione internazionale riguardante il diritto alla salute in alcuni stati brasiliani durante la pandemia e promosso da alcuni enti, tra cui la *Rede Unida*, un'organizzazione internazionale scientifico-culturale che riunisce università, movimenti, istituzioni nazionali e regionali attorno ai temi della salute pubblica e collettiva¹⁴⁰. Questo intreccio di enti, relazioni e idee è in parte confluito nel processo di costruzione dei e delle ACS “bolognesi”, processo che apparentemente si è nutrito più di esperienze “dell'altrove” che di quelle localmente presenti.

¹⁴⁰ Per approfondimenti, si veda la pagina dedicata: <https://www.redeunida.org.br/pt-br/> (ultimo accesso 18.10.2025).

Scrivo di un'alimentazione "apparente" e non sostanziale in quanto, come vedremo, gli esiti dell'ideazione dell'Agente Comunitario/a di Salute *homemade* differiscono rispetto all'esperienza brasiliana proprio nelle sue caratteristiche identitarie e di senso più profonde, quali: l'appartenenza alla comunità locale, la base esperienziale delle proprie conoscenze, l'inserimento in una équipe territoriale. Se in parte ciò è dovuto al necessario adattamento allo specifico contesto sociale, culturale e politico che ogni esperienza "straniera" richiede, e che viene giustamente raccomandato in molti contributi scientifici in merito alla replicabilità di interventi altamente contestuali anche all'interno del medesimo territorio comunale (Bergamaschi, Castrignanò 2017), rimane comunque aperto l'interrogativo sull'incidenza della realtà, storica e attuale, dei e delle *Agentes* e dell'approccio di salute collettiva e partecipazione comunitaria in cui hanno preso forma. Rispetto alle esperienze più locali, anche in questo caso i riferimenti alle Agenti di Prossimità e alle microaree sono stati ambivalenti. Per alcune persone partecipanti al processo di costruzione dell'ACS, le Agenti di Prossimità hanno rappresentato delle fonti incerte, in quanto la comprensione delle funzioni e delle attività svolte dalle AdP non era così diffusamente radicata nell'esperienza di tutte le referenti istituzionali; per altre, invece, le Agenti di Prossimità hanno rappresentato delle figure «a cui guardare» per «facilitare l'accesso come obiettivo massimo da una parte alle policies urbane e dall'altra ai servizi sanitari» (diario di campo, comunicazione personale, 11 dicembre 2024). L'avvicinamento tra Agenti, di Prossimità da una parte e di Salute dall'altra, è stato stimolato anche dalla facilitazione del processo di progettazione, curata dalla Fondazione Innovazione Urbana e, in particolare, dall'Area Design dei processi e prossimità in cui rientrano anche le Agenti di Prossimità. Per ciò che riguarda l'esperienza delle microaree, invece, alcuni/e partecipanti hanno sottolineato l'importanza della frequentazione della comunità al di fuori del presidio di servizio, anche tramite attività di porta a porta, come principale lezione appresa per la sperimentazione di nuovi approcci alla prossimità; una lezione che è stata seguita da altre riflessioni che, tuttavia, hanno minato il supporto proprio all'esperienza "madre". Nonostante i proclami, infatti, nella città non sono più state implementate altre microaree e non è stato sviluppato un coordinamento inter-istituzionale per le due esistenti. In questo scenario si situa lo sviluppo delle nuove figure di prossimità: «E quindi sulle microaree [...] c'è stato molto ripensamento fino a dire che forse adesso l'agente di salute potrebbe in qualche modo sostituire l'esperienza della microarea» (intervista con Giovanni, 11 giugno 2025). Più che di alimentazione della progettazione della nuova figura da parte delle esperienze esistenti, sarebbe quindi il caso di parlare di fagocitazione del "vecchio" da parte del "nuovo". In questo processo, inoltre, emergono dei "grandi"

assenti-esistenti. In primo luogo, le operatrici di prossimità attive nei progetti o servizi di comunità non sono state coinvolte in alcun modo, né direttamente in prima persona né indirettamente attraverso la mediazione dei committenti o collaboratori istituzionali locali (come gli Uffici Reti e Lavoro di Comunità). In uno degli incontri del processo di progettazione è stata presentata una mappatura delle figure di prossimità esistenti nel territorio cittadino che, tuttavia, era basata quasi esclusivamente su professionisti/e e luoghi istituzionali, senza considerare ciò che ancora non era stato istituzionalizzato. La stessa sorte, l'assenza, è toccata al laboratorio di formazione per e con Agenti Comunitari/e di Salute svolto proprio in un'area marginalizzata della città di Bologna (e analizzato nel terzo capitolo), che eppure ha rappresentato una delle sperimentazioni riguardanti il coinvolgimento strutturato di abitanti nella cura della propria comunità territoriale e l'unica che ha esplicitato, addirittura nel titolo del progetto, il riferimento alla medesima figura da implementare su scala cittadina.

Oltre allo scarso legame con le realtà territoriali, l'analisi delle fonti ideative mostra come la strutturazione di una nuova professionalità dedita alla prossimità non sia stata accompagnata da «anche e soprattutto un'istituzionalizzazione delle pratiche innovative e un importante impegno politico ad investire in una direzione in cui risultati e accettabilità sociale sono sempre incerti» (Bergamaschi 2024: 13).

Anche se non su quello territoriale, nel complesso il percorso di progettazione si è articolato su diversi piani: il primo è stato un tavolo inter-istituzionale che riuniva più referenti di Comune, FIU, Ausl, Università, Rede Unida, Città Metropolitana e Istituzione Minguzzi¹⁴¹ e che si è incontrato cinque volte tra la metà del 2023 e l'inizio del 2024 per co-costruire le caratteristiche della figura dell'ACS, le sue funzioni e l'architettura organizzativa in cui inserirsi; il secondo piano è stato rappresentato da una serie di incontri interni al Comune di Bologna, in particolare tra il Dipartimento Welfare, il Settore Quartieri e FIU, tra la fine del 2023 e il 2025, finalizzati ad aggiornare le varie unità amministrativo-territoriali dei procedimenti in corso e individuare le aree in cui avviare le prime sperimentazioni dell'ACS. Nel corso degli incontri del tavolo inter-istituzionale è stata ribadita l'articolazione tra dimensione relazionale e territoriale costitutiva dell'essere "di prossimità" e sono emersi diversi punti di vista sui nodi cruciali da affrontare, come la legittimità dell'ACS, il sistema di

¹⁴¹ L'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città metropolitana di Bologna nasce nel 1980 come centro studi sulla storia dell'emarginazione sociale e della psichiatria e nel tempo è divenuto promotore di innovazioni nei sistemi di welfare. Fonte: https://minguzzi.cittametropolitana.bo.it/Istituzione_G_F_Minguzzi_-_Salute_mentale_e_coesione_sociale/Chi_siamo_1 (ultimo accesso 18.10.2025).

governance territoriale e istituzionale o l'equilibrio tra direzione strategica, libertà della sperimentazione e caratteristiche territoriali, per evitare di creare «l'ennesima infrastruttura comunitaria», costruire un «progettificio» e rischiare di caricare questa figura di aspettative su una trasformazione generale che dovrebbe venire innanzitutto da un riorientamento del sistema di servizi e istituzioni (diario di campo, comunicazioni personali, 16 aprile 2024). Tali riflessioni, tuttavia, non sono state approfondite nella direzione di una concertazione degli stimoli emersi, lasciati in sospeso anche per l'interruzione del tavolo inter-istituzionale nel febbraio 2025 e che, nonostante alcune riconvocaioni da parte delle figure responsabili del coordinamento, non è stato ripreso per «motivazioni tecnico-politiche» (diario di campo, comunicazioni personali, 11 novembre 2024). Nonostante non sia stato possibile approfondire queste motivazioni, il primo effetto è stato la riduzione di un percorso partecipativo multiattoriale e una continuazione del percorso di progettazione attraverso dialoghi sporadici tra alcune istituzioni (come il Comune e l'Ausl) in assenza di una governance chiara. Un altro elemento che ha reso ulteriormente complessa la gestione del processo è stato il cambio al vertice dell'assessorato alla Salute e al Welfare, un cambiamento avvenuto dopo mesi dalla sospensione del tavolo inter-istituzionale ma prima del quale era stato annunciato «l'arrivo dell'agente comunitario di salute, un educatore che avrà il compito di rilevare i bisogni sanitari legati alla situazione sociale delle persone più fragili»¹⁴². Da questa dichiarazione emergono alcuni tratti importanti della sperimentazione, *in primis* l'identificazione con la professione educativa. Prima di analizzare gli esiti di questa progettazione, ai fini di una migliore comprensione del processo di *policy making* può essere interessante osservare brevemente la funzione di facilitazione sviluppata all'interno del processo. Come accennato, la Fondazione per l'Innovazione Urbana, oltre a svolgere la funzione di comunicazione nella rappresentazione esterna di questo progetto, ha anche assunto quella di accompagnamento metodologico del tavolo inter-istituzionale alla co-progettazione della sperimentazione. Si è trattato, per la Fondazione, del primo accompagnamento di una progettazione di questo tipo, ovvero un progetto strategico del Comune nell'ambito del welfare cittadino, nonché del primo progetto inerente l'ambito della salute. Tale dinamica si inserisce in un progressivo aumento del peso di questo ente, sia in ambito tecnico che economico¹⁴³; come notano alcuni autori, quelle maneggiate da FIU sono «risorse pubbliche del Comune, gestite però attraverso un'entità con una certa autonomia rispetto agli uffici tecnici che rispondono del loro operato

¹⁴² Articolo apparso sull'edizione cartacea de La Repubblica Bologna il 15 settembre 2024.

¹⁴³ Ne è un esempio il ruolo assunto in ambito socio-urbanistico, dove FIU ha prodotto il Piano Urbanistico Generale, cioè il principale strumento urbanistico della città che definisce le linee strategiche della crescita urbana (Proto, Piras 2024).

direttamente alla Giunta e dunque alla cittadinanza» (Proto, Piras 2024: 208), una scorporazione che rientra nella più ampia e problematica separazione tra tecnico e politico. Nel caso del progetto riguardante gli e le ACS, la facilitazione del processo ideativo e decisionale si è sviluppata in un contesto inter-istituzionale “contingentato” dagli equilibri politici e dalle fonti di finanziamento, che richiedono il rispetto di determinate tempistiche; la compagine articolata delle persone partecipanti, e delle istituzioni rappresentate, ha inoltre aumentato la complessità delle attività di sintesi e negoziazione delle diverse posizioni. L’esecuzione di queste attività sotto il solo profilo tecnico, tuttavia, può facilmente scivolare in una limitazione di prospettive “innovative” e, quindi, in un avvallamento delle direzioni politiche già definite in partenza, similmente a quanto avvenuto in altri contesti e processi, come quello del Passante di Mezzo (Boarelli 2021). Il rischio aumenta nel momento in cui chi dovrebbe beneficiare di questi interventi, nel nostro caso le comunità territoriali con le operatrici sociali che già operano a stretto contatto con la popolazione locale, non è coinvolto nell’ideazione delle attività e le sue prospettive (bisogni specifici, esperienze maturate) sono scarsamente prese in considerazione.

Da settembre 2025, alla fase di ideazione sta succedendo quella di sperimentazione sul campo, durante la quale le principali traiettorie dell’identità e del ruolo dell’ACS cittadino/a verranno ulteriormente affinate e comprese in relazione sia all’area geografica individuata per la prima sperimentazione sia ai mutamenti istituzionali previsti per il futuro prossimo. Sebbene la fase di implementazione di un progetto, oltretutto “strategico”, sia fondamentale per sviluppare una comprensione più approfondita della politica a cui risponde, anche perché, come sottolineato nel corso di un’intervista, calare a terra i piani immaginati richiede di «uscire anche da questo dire e non dire che poi però ti porta anche a mettere in moto delle cose che dopo si fermano subito» (intervista con Giovanni, 11 giugno 2025), in queste righe ci accontenteremo di analizzare alcuni esiti in relazione ai processi che li hanno formati. In un recente articolo della stampa locale che riporta alcune dichiarazioni di esponenti politici e tecnici delle istituzioni locali¹⁴⁴, si presenta la sperimentazione che è finalmente pronta a partire, a un anno di distanza dal precedente annuncio, e che riguarderà degli «agenti speciali» pronti a «monitorare» e «controllare» gli anziani con più di 80 anni attraverso la frequentazione dei loro luoghi di vita quotidiani, al fine di «scoprire le sacche invisibili di sofferenza». L’agente di salute viene presentato/a come «un educatore qualificato per leggere i bisogni incipienti, andando nei vari luoghi del quartiere [...] per completare il quadro di

¹⁴⁴ Si tratta di un articolo apparso il 21 settembre 2025 nell’edizione cartacea del quotidiano La Repubblica Bologna intitolato «Al bar o alla bocciofila c’è l’agente speciale per monitorare gli anziani».

conoscenza sulle situazioni più complicate». La sperimentazione è supportata da un accordo con i sindacati delle persone pensionate e prende forma all'interno di un «accordo per la coesione sociale». Nell'articolo la presentazione è accompagnata da una narrazione che lascia alcuni margini a una visione trasformativa della salute: la direttrice generale dell'Ausl, parlando dell'invecchiamento progressivo della popolazione, ha affermato che «ognuno di noi è responsabile di come invecchia»; uno spiraglio è dato dalla specificazione che oltre alla prevenzione è necessario «anticipare i problemi prima che diventino gravi». Al di là del tono e del linguaggio giornalistici, è interessante notare alcuni elementi: innanzitutto sparisce il termine comunitario, così come era stato scritto nel progetto presentato al Ministero per la Pubblica Amministrazione, per cui le nuove figure si chiameranno “agenti di salute”; viene confermata la sua qualifica professionale, ovvero quella educativa; svolgerà la sua funzione di monitoraggio non solo in un'area circoscritta, ma anche nei confronti di un target specifico della popolazione locale; non si parla esplicitamente di prossimità, ma di un “accordo per la coesione sociale”; oltre alla prevenzione, il cui valore è ribadito, si fa strada anche un altro tipo di approccio, anche se oltre al monitoraggio dei bisogni e della presenza di ciascuno/a non vi è notizia di se, come e cosa fare dei bisogni emersi.

Attraverso la descrizione del progetto riguardante le e gli Agenti (Comunitari/e) di Salute ho cercato di mostrare la complessa costruzione sociale di una politica attraverso gli interventi che la sostanziano e l'architettura istituzionale che li sostiene, all'interno di un progressivo svelamento di “scatole cinesi”. Il processo di costruzione di un intervento, e quindi di una politica, si articola in molte fasi (di proposta generale, ideazione più specifica, sperimentazione iniziale sul campo) che vedono coinvolti di volta in volta diversi attori (Comune, Ministero, tavolo inter-istituzionale) e nel corso delle quali si produce un affinamento progressivo della proposta iniziale che, a tratti, coincide con una riduzione del suo portato politico. Se le politiche rispondono a precise gerarchie valoriali (Tate 2020) e le categorie utilizzate naturalizzano un certo modo di definire i problemi e di individuare le soluzioni, scegliendo alcune strade e delegittimandone altre (Tarabusi, Zinn 2023), la scelta di investire in una figura individuata sulla base del suo sapere professionale, anziché esperienziale, e senza un radicamento territoriale preesistente rappresenta un'occasione mancata, almeno per il momento, per il riconoscimento di quei saperi situati circolanti tra la popolazione locale che pure rappresentano una componente importante nello sviluppo di una comunità di cura. La formulazione di progetti strategici per la politica di prossimità cittadina si è sviluppata all'interno di un contesto tecnico a cui le figure rappresentanti delle principali istituzioni pubbliche hanno preso parte, seppur in modo discontinuo e frammentato; in questo

caso, dunque, il processo partecipativo era rivolto alle istituzioni stesse, il cui legame di conoscenza reciproca e collaborazione richiede di essere adeguatamente trattato per la formulazione di interventi congiunti e continuativi, al di là di sporadiche co-progettazioni. Per la maggior parte del processo, invece, sono stati esclusi coloro che lavorano nelle istituzioni più prossime alla popolazione locale, quindi i Quartieri e gli Uffici Reti e Lavoro di Comunità, mentre ne sono stati completamente esclusi coloro che già sperimentano responsabilità e criticità di un lavoro comunitario di prossimità. La sensazione è che non si sia prodotta quella postura necessaria a cogliere la potenzialità degli spazi intermedi esistenti, ovvero una postura in grado di muoversi tra diversi contesti, tanto quelli istituiti quanto quelli istituenti (Cellamare, Ostanel 2024: 20). Il tipo di accompagnamento al processo e il tipo di collegamento tra livelli operativi e di coordinamento esistenti nelle istituzioni hanno riprodotto una postura simile a una «ricerca *desk*», quindi lontana dai contesti dove atterrano gli effetti delle decisioni istituzionali, compresi i processi di soggettivazione (*ibidem*). L'osservazione e il sapere prodotti quotidianamente nei territori non hanno quindi trovato un adeguato spazio all'interno del processo di progettazione, che ha risentito di uno scarso collegamento con la dimensione territoriale, complicato anche da una gestione flessibile del tempo; se da una parte questo è fissato «a monte» da chi eroga i finanziamenti, dall'altra si può dilazionare e plasmare a seconda delle necessità politiche dei governanti. Come scrivevo nel diario di campo «ho la sensazione che il “tempo giusto” di una politica non esista», una osservazione condivisa anche da un referente comunale, che nel corso di un incontro commenta «ormai non c'è più un tempo in cui ci si azzecca» (diario di campo, comunicazione informale, 27 marzo 2025). Infine, nel caso dell'ACS bolognese, l'elaborazione dell'intervento risente dell'impronta del paradigma dell'innovazione sociale, interpretata come l'introduzione di *nuove* figure, nonostante il documento programmatico del PN Metro reciti che è possibile raggiungere gli obiettivi attraverso «la creazione di nuovi servizi e/o la replicazione/estensione/messa a sistema degli stessi sul territorio, in un'ottica di prossimità e di adeguamento alle esigenze specifiche della scala territoriale di riferimento».

4.4 - Chiavi per una politica di salute, prossimità e comunità

Vorrei concludere questo capitolo attraverso l'analisi di due verbi chiave emersi piuttosto frequentemente nella ricerca riguardante la politica di prossimità e le sue declinazioni operative, ovvero innovare e valutare. Non solo si tratta di termini utili per una ulteriore comprensione dei temi analizzati, in quanto il ricorso ad essi e gli effetti di questo uso

indicano dei modi precisi di concepire il rapporto tra istituzioni e società civile e la relazione tra passato, presente e futuro; ma anche perché i verbi innovare e valutare rappresentano delle chiavi simboliche su cui riflettere collettivamente per sviluppare delle politiche basate su reciproci apprendimenti a fronte di sfide locali e globali che richiedono la coltivazione dell'interdipendenza.

Innovare

[...] ma voglio vedere chi è che scrive facciamo la cosa che abbiamo fatto vent'anni fa? Cioè chi è che ti scrive il progetto non è innovativo? Mai visto in tutta la mia vita! Però l'innovazione dov'è? Cos'è? Cos'è veramente? Non sappiamo neanche se l'agente di salute è uno che risponde direttamente oppure che intercetta per dare ad altri le risposte, cioè.. non c'è l'abc. [...] è molto faticoso così, è molto faticoso. Perché parti sempre da zero, perennemente dobbiamo tornare indietro e ripartire. Perché l'agente di salute non poteva essere il terzo elemento dentro la microarea? E perché non potevamo fare sei microaree? [...] No, abbiamo deciso di fare un'altra cosa. È così, sta tutto in complessità di sistema e anche di logiche che poi a volte [...] non sono di tutti perché magari certe decisioni non vengono condivise (intervista con Giovanni, 11 giugno 2025).

I sostantivi e gli aggettivi legati al verbo innovare affollano non solo i progetti, ma anche i documenti programmatici che accompagnano le grandi linee di finanziamento; queste ultime contengono già dei macro-obiettivi da raggiungere, per cui la progettazione messa in campo dagli enti locali, come i Comuni, deve seguire delle linee già precedentemente tracciate¹⁴⁵. Dalla fine degli anni Settanta nelle città italiane si condensano molteplici forme di fragilizzazione sociale dovute ai processi di ristrutturazione economica e lavorativa e di ridimensionamento del welfare; come già ricordato, i vari sistemi di welfare locale, pur dovendo far fronte all'aumento dei bisogni sociali, nel corso dei decenni successivi vedono una progressiva riduzione delle risorse finanziarie disponibili, imputabili soprattutto alle scelte delle amministrazioni centrali e al peso delle politiche di austerità dell'Unione Europea. In questo scenario di sovraccarico, il welfare locale è stato ripensato attraverso la chiave dell'innovazione sociale, che «si è sviluppata per iniziativa dell'Europa, nella cornice di Horizon 2020, che nell'innovazione ha indicato una chiave di volta non solo della crescita

¹⁴⁵ Nel corso del Convegno precedentemente citato, “Welfare di comunità e Prossimità a Bologna. Riflessioni a partire dall'esperienza di ricerca sociologica della Scuola Achille Ardigò” dell'11 marzo 2025, Riccardo Prandini, professore di Sociologia dei processi culturali e comunicativi, ha affermato laconicamente: «Dietro alla parola innovazione oramai non c'è più niente, c'è una tautologia vuota».

economica, ma anche della coesione sociale, specialmente alla scala locale» (Urban@it 2017: 199). Ed è così che nelle agende di molte città italiane si è fatta strada l'innovazione sociale per pensare e praticare lo sviluppo locale, una nuova filosofia caratterizzata dalla sostenibilità economica degli interventi, da nuove *partnership* tra enti pubblici e del privato sociale e dallo sviluppo di un welfare di comunità «leggero» (ivi: 203). Ciò che si crea è un modo di intendere e direzionare gli interventi sociali verso il rafforzamento delle reti e del capitale sociale all'interno di contesti svantaggiati, mentre si produce un arretramento dai campi di welfare più tradizionali e meno remunerativi; sembra che agire sulla coesione sociale possa rendere in qualche modo più “soportabili” i disagi derivanti dai tagli della spesa sociale promossi dai vari livelli di governo (*ibidem*). In termini generali, quindi, l'innovazione si è sviluppata anche in modi scivolosi, per rendere meno visibili gli effetti di un indebolimento dei sistemi di protezione sociale, un rischio osservato anche nel campo della prossimità e già richiamato in questo capitolo a proposito di una visione “salvifica” della comunità. Oltre alla confusione concettuale tra prossimità e giustificazioni alla contrazione della spesa pubblica, tra i rischi derivanti da un ricorso crescente all'innovazione sociale nel campo della prossimità si trovano il rebranding di pratiche e servizi già noti, l'enfatizzazione senza un'adeguata trasformazione culturale, normativa e di governance, nonché la confusione concettuale tra il sentire un bene come comune o come proprio (Marocchi 2017). Si tratta di rischi presenti anche nel contesto qui analizzato, in relazione soprattutto ai progetti più recenti, come quello degli e delle ACS cittadini/e, e in parte anche a quelli precedentemente esistenti. Prendiamo a esempio le Agenti di Prossimità: la loro presentazione spesso contiene l'aggettivo “nuovo/a” o “innovativo/a” in riferimento a questo tipo di figura e agli strumenti di ascolto ed elaborazione di soluzioni che mette in campo¹⁴⁶, nonostante in parte ricalchino

¹⁴⁶ Riporto alcuni estratti delle interviste sulla figura dell'Agente di Prossimità formata attraverso il Master di secondo livello in “Gestione e co-produzione di processi partecipativi, comunità e reti di prossimità” promosso dalla Fondazione per l'Innovazione Urbana e dall'Università di Bologna (i corsivi sono miei): «È importante avere figure professionali in grado di produrre *nuove* forme di conoscenza dei contesti sociali, capaci di attivare processi *innovativi* di ascolto, di coinvolgimento e individuare soluzioni efficaci *innovative* a bisogni emergenti in maniera collettiva» (fonte: <https://www.fondazioneinnovazioneurbana.it/bologna/piano-innovazione-urbana/piano-citta-finanziamento-per-il-mercato-navile/45-uncategorised/2701-la-figura-dell-agente-di-prossimita-intervista-a-simona-beolchi>, ultimo accesso 21.10.2025); «[...] comunità e la logica di prossimità, che emergono come *nuovi* elementi sociali da cui ripartire per la costruzione di modelli di sviluppo e politici sostenibili, inclusivi e volti al perseguimento del benessere sociale» (fonte: <https://www.fondazioneinnovazioneurbana.it/45-uncategorised/2908-chi-e-di-cosa-si-occupa-l-agente-di-prossimita>, ultimo accesso 21.10.2025); «l'agente di prossimità è una figura *nuova* di intermediazione, che contribuisce a creare quel sistema di relazioni necessario ma andato in crisi con la crisi della rappresentanza» (fonte: <https://www.fondazioneinnovazioneurbana.it/bologna/piano-innovazione-urbana/piano-citta-finanziamento-per-il-mercato-navile/45-uncategorised/2690-la-figura-dell-agente-di-prossimita-intervista-a-raffaele-laudani>, ultimo accesso 21.10.2025).

pratiche già in uso negli interventi sociali di stampo comunitario e di prossimità (come le interviste qualitative o brevi osservazioni partecipanti) o si ispirino a percorsi partecipativi che, almeno nel nome, si situano nel solco di una storia, quale quella bolognese, radicata. Nel caso degli e delle ACS cittadine, abbiamo visto come il PN Metro Plus richiedesse di sviluppare dei progetti di rafforzamento nel campo dell'inclusione e dell'innovazione sociale attraverso diverse strategie, tra cui anche quella di messa a sistema delle sperimentazioni già esistenti. L'innovazione sociale, infatti, non coincide necessariamente con la sola produzione di "novità", sebbene quest'ultima emerga come la principale associazione all'interno di una categoria semantica, quale quella dell'innovazione sociale, potenzialmente più varia e, tuttavia, concettualmente oscura (Moralli 2022: 8). Considerare l'innovazione sociale solo attraverso la lente della novità può condurre fuoristrada o portare a una dispersione di energie e risorse all'interno di un processo di ideazione che, rispetto al contesto locale, si produce "partendo da zero"; esattamente il contrario di ciò che i territori, se osservati prendendosi il giusto tempo, raccontano, in quanto un punto "zero" non esiste. Come osservato anche nel contesto bolognese stesso, «molto spesso l'innovazione sociale non è altro che una rielaborazione di esperienze che esistevano anche in passato (già!)» (ivi: 100); si produce quindi un riadattamento di convenzioni socio-culturali, modi di azione, processi e forme organizzative già sperimentate in precedenza e che vengono recuperate rispetto alle esigenze e alle caratteristiche dei contesti odierni, ma alla cui base rimangono socialità, relazioni dirette e narrative comuni (*ibidem*). Alla luce di questa prospettiva, per pensare e agire un intervento sociale nel campo della prossimità e della comunità diviene particolarmente rilevante indagare la consistenza di una memoria storica sui progetti realizzati. A livello micro-locale, cioè di singole sperimentazioni di lavoro di comunità, questa memoria prima o poi emerge, sia in modo intenzionale che non, ad esempio attraverso l'intervista a un abitante storico della zona, una ricerca su internet¹⁴⁷ o il racconto di chi da molto tempo opera nell'ambito sociale.

¹⁴⁷ Ricordo un piccolo avvenimento agli inizi del progetto di mediazione sociale in cui sono stata impegnata come ricercatrice-operatrice e che mirava a promuovere la salute e rafforzare la comunità attraverso l'alimentazione comunitaria: durante una riunione in un palazzo della zona, come équipe di lavoro stavamo cercando delle informazioni sull'orto comunale vicino, quando ci imbattemmo in alcuni articoli relativi a un progetto di coesione sociale e agricoltura urbana sviluppato proprio nel palazzo di edilizia residenziale pubblica dove ci trovavamo e di cui la committenza, ovvero il Quartiere, non ci aveva raccontato nulla. Sollecitata in merito, la nostra referente ci disse che quello era un progetto "vecchio" (erano passati solo quattro anni), svolto in collaborazione con un settore dell'amministrazione comunale, e non con il Quartiere, perdipiù in un palazzo che aveva subito uno sgombero per il quale molte famiglie abitanti erano cambiate. Dal suo punto di vista il recupero di questa esperienza, anche solo a titolo informativo, non era rilevante.

Le operatrici mi parlano dei servizi di mediazione che sono stati attivati negli anni '90 fino all'inizio degli anni 2000 e che rientravano sotto l'Ufficio Sicurezza del Comune di Bologna (che aveva sede in autostazione), quando alla parola sicurezza non era associata la deriva securitaria sviluppatasi negli anni successivi. Una delle operatrici afferma che "non c'è memoria storica" su questo argomento; tutte le informazioni sono state dimenticate, a parte la loro coordinatrice che ogni tanto racconta loro qualcosa (diario di campo, osservazione, 16 luglio 2024).

Ciò che emerge dall'analisi delle varie esperienze è che non solo il racconto ma anche una valutazione degli interventi pregressi sono scarsamente diffusi, sia a livello locale (il Quartiere) che a livello generale (il Comune). Se questo è dovuto all'associazione prevalente tra novità e innovazione sociale, è anche legato alla frammentazione orizzontale e verticale nel campo del lavoro di comunità e prossimità precedentemente descritta, ovvero quella carente, e a volte inesistente, comunicazione sia tra singole esperienze sia tra livelli amministrativi locali e centrali. Incuriosita dagli accenni storici di alcune interlocutrici, ho cercato le informazioni sui servizi di mediazione dei decenni passati; ho quindi svolto una ricerca negli archivi della cooperazione sociale bolognese tra gli anni Novanta e i primi Duemila, in particolare nei bilanci sociali della principale cooperativa coinvolta nella mediazione sociale dell'epoca, e realizzato un'intervista con un'ex mediatrice impegnata proprio in quegli anni.

Su impulso della Regione e del Comune di Bologna, nel 1998 viene avviato un servizio di mediazione sociale, che durerà fino al 2006, coordinato dal Comune e affidato alla cooperativa Nuova Sanità. Questa cooperativa nasce alla fine degli anni Settanta su iniziativa di alcuni/e medici/che del lavoro, a cui successivamente si aggiungono operatori e operatrici di formazione umanistica (pedagogisti/e, psicologi/ghe, formatori/trici); nel corso degli anni Novanta, la Nuova Sanità si impegna in molti progetti in convenzione con i Comuni di Bologna e Modena, soprattutto nell'ambito socio-educativo. Il contesto generale della cooperazione sociale a Bologna negli anni Ottanta e Novanta, fino ad arrivare agli inizi degli anni 2000, è caratterizzato da un grande dinamismo: cresce non solo il numero delle cooperative sociali, ma anche quello delle persone socie e lavoratrici, così come il valore di produzione di questi enti (Legacoop Bologna 2003). L'operato delle cooperative si sviluppa in diverse aree, tra cui quella dell'esclusione sociale, volta al contrasto dell'emarginazione

sociale tramite l'inclusione e in cui rientra la mediazione sociale¹⁴⁸. Tra i caratteri distintivi del lavoro in quest'area viene sottolineato l'approccio integrato e reticolare, considerato sia come modalità di lavoro, cioè operare in rete, che un obiettivo in sé, cioè la costruzione di reti in cui includere le persone svantaggiate. La mediazione sociale viene descritta in termini generali come una strategia volta ad aumentare l'autonomia dei soggetti (perlopiù singoli, non collettivi come una comunità territoriale) e come «sapere pratico» importante in questo ambito di lavoro (ivi: 80). Il servizio di mediazione viene quindi sviluppato dalla cooperativa Nuova Sanità, che lo implementa in alcune micro zone dei Quartieri più svantaggiati che, in alcuni casi, sono le medesime in cui sono oggi attivi dei progetti o servizi di comunità. Il servizio viene descritto nei bilanci della cooperativa nei seguenti termini:

Si tratta di un servizio di recente acquisizione (1999), attraverso cui gli operatori lavorano a stretto contatto con le strutture territoriali (Quartieri) sulla mappatura e sulla mediazione del conflitto tra comunità. Le attività fondamentali di questa esperienza sono il monitoraggio, la diagnosi e la progettazione di interventi di mediazione. Si fonda sull'obiettivo principale di promuovere una comunità "competente", capace cioè di mettere in campo le proprie risorse e competenze nella risoluzione delle situazioni di crisi (Cooperativa Nuova Sanità 2000).

Nato infatti nel 1999, Nuova Sanità lo ha acquisito valutandone le potenzialità di sviluppo in quanto portatore di nuove forme di dialogo con i cittadini, che prevedono una visione globale della presa in carico dei territori cittadini al di là della loro suddivisione amministrativa in quartieri (Cooperativa Nuova Sanità 2004).

A cavallo dei due millenni, il settore dell'emarginazione sociale viene sviluppato ulteriormente a partire «da una forte esigenza dell'ente pubblico» (Cooperativa Nuova Sanità, 2000), diretta soprattutto al tema della sicurezza. Agli inizi degli anni Duemila il progetto di mediazione sociale rientra nella categoria organizzativa della cooperativa denominata "immigrazione e sicurezza", in linea con le categorie amministrative esistenti anche a livello comunale. Sono gli anni delle giunte guidate da Walter Vitali, del Partito Democratico della Sinistra, che governerà fino al 1999, seguito da Giorgio Guazzaloca, indipendente di destra e, fino a oggi, unico sindaco di destra nella storia della città di Bologna, in carica fino al 2004; è proprio durante l'amministrazione di Guazzaloca ad essere istituito l'assessorato alla

¹⁴⁸ Nel caso della cooperativa Nuova Sanità, oltre alla mediazione sociale, nell'area dell'esclusione sociale rientrano le unità di aiuto e l'unità mobile, i centri diurni e gli sportelli sociali, i centri di accoglienza notturna per persone senza fissa dimora e i campi accoglienza per persone "nomadi".

sicurezza sociale, che sparirà nella giunta successiva guidata da Sergio Cofferati¹⁴⁹. Come raccontato dall'ex mediatrice, si trattava di una sicurezza sociale “altra” rispetto a quella legata alle forze dell'ordine. Questa visione si era concretizzata nella definizione del progetto “Città Si-Cura”, attraverso cui era promosso un corposo corso di formazione per operatori e operatrici della mediazione sociale di comunità¹⁵⁰, ed era sostenuta politicamente dal Comune di Bologna. Questa strategia maturò a partire dalla convinzione che la percezione dell'insicurezza nascesse soprattutto in relazione a una sensazione di mancato controllo del disagio sociale e di un'incapacità di fronteggiarlo da parte del sistema del welfare locale (Pavarini 2006). La formazione degli operatori e delle operatrici, quindi, era di responsabilità soprattutto delle amministrazioni pubbliche, le quali, e in particolare il Comune, avevano sviluppato un coordinamento unitario del servizio. L'unitarietà che caratterizzava la visione politica e la struttura organizzativa era riscontrabile anche nella dipendenza dei vari mediatori e mediatrici da un unico ente, la cooperativa Nuova Sanità. Tale articolazione facilitava la condivisione nonostante l'alta contestualità delle esperienze: se la tipologia di problemi e di interventi realizzati differivano gli uni dagli altri, il tipo di approccio e di strumenti erano invece condivisi al punto che tra i servizi di mediazione era possibile individuare una “base comune”.

Non mi trovavo mai con altri colleghi di altre cooperative, mi trovavo con i miei colleghi della mia cooperativa e i dipendenti comunali dell'area del settore sicurezza, quello sì [...] diciamo che una base era comune, quindi rilevare il bisogno delle persone usando delle schede, delle griglie. Poi quello che veniva realizzato era un po' specifico in base alle esigenze del territorio, ecco (intervista con Mariella, 16 maggio 2025).

La mediazione sociale era intesa soprattutto come mediazione dei conflitti, ma si ampliava a un lavoro di comunità più ampio, sviluppato avendo come principale riferimento teorico quello della capacitazione (Sen 2001); questa veniva perseguita attraverso il coinvolgimento della popolazione locale nell'elaborazione di soluzioni *ad hoc* e il rafforzamento dei legami comunitari di conoscenza e solidarietà al fine di condividere competenze e risorse localmente presenti per rendere la comunità competente e capace di agire (Cooperativa Nuova Sanità 2000). Il ruolo dei mediatori e delle mediatrici era quello di “antenne” rispetto alle problematiche circolanti nel territorio e riscontrate dalla popolazione locale, nonché di

¹⁴⁹ Fonte: <http://informa.comune.bologna.it/storiaamministrativa/> (ultimo accesso 21.10.2025).

¹⁵⁰ Il corso, realizzato all'interno del progetto Bologna Si-cura del Comune di Bologna, a sua volta rientrante nel progetto Città Sicure della regione Emilia Romagna, era della durata di 700 ore, di cui 350 di teoria e altrettante di tirocinio nei Quartieri.

accompagnamento nel miglioramento di tali situazioni. Le attività che vedevano maggiormente coinvolte queste figure erano le diagnosi delle problematiche territoriali, la realizzazione di punti di ascolto per la cittadinanza locale, l'organizzazione di incontri di sensibilizzazione sui temi della sicurezza e del disagio sociale, lo sviluppo del lavoro di rete, l'organizzazione di eventi comunitari e la partecipazione a tavoli istituzionali di coordinamento. Il lavoro di mediazione risentiva dell'ambiguità del concetto di cura, già richiamata precedentemente, rispetto al confine esistente tra supporto e controllo, un confine reso ancora più labile dalla cornice semantica e amministrativa della sicurezza sociale.

Facevamo un po' le vesti diciamo di quello che poteva essere una visione più formale dei servizi all'interno di un quartiere. Un po' ci scambiavano certe volte anche poi per degli assistenti sociali o quant'altro [...] Quindi eravamo una sorta di un'antenna in più rispetto magari a quello che poteva essere la polizia locale. [...] gestire un po' appunto le conflittualità, le situazioni un po' più critiche di alcuni quartieri della città [...] ma sempre con l'ottica del maggior possibile coinvolgimento dei cittadini. Quindi di renderli un po' parte attiva del processo (intervista con Mariella, 16 maggio 2025).

Già nel 2005 il servizio di mediazione viene ridimensionato per volere dell'amministrazione centrale e nel marzo del 2006 viene ufficialmente chiuso. Questo esito viene descritto dalla cooperativa nei seguenti termini: «le continue discussioni e polemiche sui temi legati alla sicurezza hanno progressivamente sostenuto il venir meno del bisogno di mediazioni sociali organizzate e sistematiche nell'ambito delle sempre più difficili convivenze nella comunità» (Cooperativa Nuova Sanità 2006: 24). Il tentativo di implementare dei servizi coordinati dai singoli Quartieri non decolla, in particolare per le limitate risorse a disposizione di queste unità amministrative e la conseguente impossibilità di sostenere delle programmazioni a medio-lungo termine (*ibidem*).

Poi dopo, sai.. quando cambiano le giunte, poi cambia tutto, cioè il Comune si trasforma sia nei servizi, nella struttura e sì... Dopo è finito, è finito... è finito così. [...] è stato abbastanza, insomma.. anche doloroso, perché comunque tante cose fatte. Poi anche i cittadini, mi ricordo che facemmo sta festa [...], grandissima, dove annunciavamo la chiusura e quindi insomma anche la comunità ormai che era affezionata a noi rimase abbastanza colpita, “ma perché”.. insomma è finito. [...] non so.. forse avevano ritenuto che non era importante. [...] boh, tutte queste cose fatte, così sembra.. siano svanite nel nulla [sorride amaramente] (intervista con Mirella, 16 maggio 2025).

La chiusura del servizio si inserisce in un cambiamento più ampio, relativo alla visione del legame tra sicurezza e welfare, non più da costruire e maturare nelle relazioni tra cittadini e cittadine. Le forze politiche che abitano le istituzioni pubbliche determinano vita e morte di questo tipo di progetti sociali all'interno di una più ampia riforma dei servizi su cui ciascuna giunta imprime la propria impronta. I motivi che hanno guidato queste trasformazioni sono avvolti da un alone di mistero, in quanto le decisioni sono state prese unilateralmente dall'amministrazione centrale senza alcun coinvolgimento delle parti in gioco (cooperativa, operatori/trici, cittadini/e). La "perdita di importanza" della strategia della mediazione può essere in parte compresa attraverso le riflessioni di Massimo Pavarini, consigliere sulla sicurezza durante la giunta comunale che decise di chiudere il servizio. Lo studioso, che dedicò delle parole alquanto taglienti a questa strategia («nuove professionalità annunciate a parole», ma «vuote ed evanescenti nei contenuti» al punto da celare «un deludente diletterismo», Pavarini 2006: 58), individua diversi elementi riguardanti sia questa specifica linea di azione che l'architettura progettuale più complessiva: innanzitutto la mancanza di «standard accettabili e verificabili di professionalità» da parte di chi si propone come mediatore/trice (*ibidem*); il breve periodo a disposizione, che coincide con i tempi «dell'urgenza politica» delle amministrazioni, ovvero i mandati politico-amministrativi, in opposizione al lungo periodo necessario per formare delle figure professionali all'altezza delle aspettative e far maturare gli interventi di welfare (ivi: 61); la mancanza di un disegno progettuale compatto e integrato nelle sue componenti; infine, la mancanza di una valutazione di impatto delle politiche adottate, che in parte risiede anche nel legame ontologico tra welfare e sicurezza: «il bene della sicurezza sociale [...] non è mai in grado di offrirsi ad una verifica convincente della sua efficacia» (ivi: 63).

Oltre all'amarezza delle figure maggiormente implicate, ciò che rimane, anche a distanza di anni, è la mancanza di una memoria storica al riguardo che, invece, potrebbe contribuire alla costruzione di un futuro giusto e sostenibile. Oggi come allora la figura della mediatrice sociale di comunità, e più ampiamente delle operatrici sociali di comunità, non è una professione riconosciuta e formata attraverso dei percorsi strutturati e approfonditi, anche se nell'esperienza degli anni Novanta e dei primi Duemila era maggiormente supportata ed erano le stesse istituzioni pubbliche a farsi carico di questo supporto; l'odierna mancanza di una politica comune e di un'organizzazione in grado di coordinare trasversalmente le esperienze locali sui temi della prossimità e della comunità rappresenta un forte elemento di debolezza, amplificato dall'impatto delle dinamiche proprie della *politics* e dalle modalità di

gestione del potere politico che non sempre rientrano nella categoria della co-produzione; nonostante i concetti cambino, da sicurezza a prossimità, nel corso dei decenni il nucleo della valutazione rimane un nervo scoperto.

Proprio quest'ultimo spunto derivante dal confronto tra esperienze presenti e passati ci indirizza verso la seconda parola chiave che conclude quest'analisi della politica di prossimità. Prima, tuttavia, vorrei tornare brevemente sul concetto di innovazione. Alla luce della prospettiva storica, una storia tutto sommato anche molto recente, e alle ambivalenze dell'innovazione sociale precedentemente descritte, potrebbe essere utile assumere l'ottica istituyente nel pensare gli interventi sociali nel campo del lavoro di prossimità e comunità. Oltre alle distinzioni tra primo e secondo welfare, tra welfare istituzionale e di prossimità (Bongiovanni, Andorlini 2023), l'analisi dei servizi e dei progetti di lavoro di comunità spinge a guardare ciò che si muove nell'ambito della prossimità sotto un'altra lente, ovvero quella del rapporto tra istituito e istituyente. Contributi recenti hanno rilanciato la riflessione sul sistema organizzativo dell'istituzione a partire dalla sua etimologia (Esposito 2021), ambigua, che presenta due significati principali: quello del sostantivo *institutio*, che rimanda ai caratteri di staticità e conservazione del potere istituito, spesso associati all'istituzione nel senso comune; quello del verbo *instituere*, che invece rimanda all'idea di trasformazione continua, di divenire, di movimento propria del potere istituyente. Il pensiero istituyente è aperto e in movimento, senza una direzione stabilita a priori che lo predetermina; allo stesso tempo non nasce dal nulla, ma trasforma ciò che già esiste e la condizione stessa di istituito. Istituito e istituyente non sono antitetici o alternativi l'uno all'altro, ma componenti essenziali di un medesimo processo dialettico "inesauribile" in cui il conflitto deve emergere, un movimento sostenuto anche da altre prospettive che richiamano l'esigenza di un nuovo rapporto tra istituzioni e società civile basato su una partecipazione che dia adeguato spazio e riconoscimento ai movimenti istituenti (Cellamare 2011, Cellamare, Ostanel 2024). Alla luce di queste riflessioni, lo sviluppo di comunità rappresenta una prassi istituyente per eccellenza: è caratterizzato da una natura processuale aperta e in costante trasformazione, sia perché le comunità sono sempre in divenire, ma anche perché i processi di sviluppo di comunità attraversano delle fasi cicliche, dei cambiamenti dovuti alla modifica di progetti, fenomeni, operatori o amministrazioni. Nel caso dei cambiamenti delle operatrici, ad esempio, le nuove figure non entrano mai in un territorio neutro, ma si inseriscono in processi già esistenti, facendoli propri insieme agli altri membri della comunità nel senso di una proprietà come co-partecipazione in un processo di costruzione comune (Vissio 2019: 81-82), alimentando

quella prassi istituyente che, in dialogo con l'istituto, potrebbe contribuire a costruire “nuove” istituzioni.

Valutare

Apro quest'ultimo paragrafo riportando un commento fatto da una funzionaria del Comune di Bologna alcuni anni fa, prima dell'avvio di questa ricerca di dottorato, in occasione di un incontro di progettazione di un intervento che mirava al miglioramento dell'alimentazione comunitaria in una zona svantaggiata della città: la referente istituzionale aveva proposto di prevedere una valutazione *in itinere*, attraverso il confronto dei tassi di diffusione del diabete prima del progetto e a sei mesi dal suo avvio. Ricordo ancora lo sbigottimento del gruppo di lavoro di fronte a questa proposta: se la spinta alla valutazione del processo era condivisa, quella degli esiti riferiti a tempi così ravvicinati e a un obiettivo così ambizioso, che avrebbe avuto bisogno risorse economiche e politiche di tutt'altra dimensione, non lo era affatto.

Questo breve racconto mi permette di introdurre alcuni dei nodi più critici in relazione al tema della valutazione dei progetti e delle politiche in ambito sociale, ovvero la confusione e la dissonanza temporale. Generalmente, la valutazione del sociale può essere intesa come una forma di ricerca sociale applicata, basata su una procedura metodologica rigorosa che rispetta criteri e strumenti appropriati rispetto all'oggetto della valutazione e finalizzata alla costruzione di un giudizio interpretativo che ha un fine pubblico, ovvero di miglioramento dei processi di *decision making* e progettazione (Bezzi 2004). Come notato da più autrici e autori (Stame 2007, De Ambrogio *et al.* 2013), molti fattori concorrono alla difficoltà di produrre una descrizione esaustiva e univoca della pratica valutativa: l'eterogeneità dei campi di intervento, quella delle prospettive disciplinari che vi partecipano, le dinamiche di diffusione della valutazione nel contesto italiano. Questa pratica e la sua istituzionalizzazione sono inizialmente maturate nel contesto anglosassone, in particolare statunitense, del secondo dopoguerra, ovvero un contesto caratterizzato da un sistema federale, da una cultura politica e amministrativa “pragmatica” e dallo stretto legame tra politica e ricerca sociale (Stame 2007, XI-XII). Nel contesto europeo, e più specificatamente italiano, la pratica valutativa si è diffusa negli ultimi decenni in relazione ai regolamenti europei riguardanti i Fondi Strutturali, alle esigenze di modernizzazione dell'amministrazione pubblica (*ibidem*) e, più recentemente, al piano *Social Business Initiative* elaborato dalla Commissione Europea nel 2011 e alla Riforma del Terzo settore del 2017 (Depedri 2016), che hanno rilanciato il tema della valutazione di impatto sociale. Ciò che si è prodotto nel tempo, tuttavia, è una confusione della valutazione «con una pratica burocratica di controllo della legittimità della

spesa pubblica» anziché un suo uso come «strumento di una amministrazione che apprende» (Stame 2007, XII). Se le funzioni principali della valutazione del sociale sono l'*accountability*, quindi il rendere conto ai vari stakeholder, cittadini/e compresi/e, delle scelte e delle relative attuazioni, e l'apprendimento, quindi ragionare sull'esperienza per costruire nuovi significati utili al miglioramento delle strategie adottate (Lippi 2007, De Ambrogio *et al.* 2013), l'osservazione degli strumenti e degli usi della valutazione indica una realtà ancora lontana dal soddisfacimento di queste funzioni¹⁵¹.

Nei campi attraversati nel corso di questa ricerca e in riferimento alla valutazione, sono emersi due elementi principali, legati alla confusione e alla distorsione temporale precedentemente accennati, ovvero il ricorso principale alla rendicontazione, anziché alla valutazione, e l'uso prevalente di dati quantitativi. Nei progetti qui analizzati, il tipo di valutazione realizzata più frequentemente è quella di processo, una valutazione svolta *in itinere* e finalizzata a comprendere l'andamento del percorso (stato di realizzazione delle attività, rispetto delle tempistiche, criticità incontrate); ben più carente, invece, risulta la valutazione dei risultati, che è spesso sostituita da una rendicontazione delle attività svolte, attraverso ad esempio il numero degli/le abitanti coinvolti/e e alcune descrizioni degli effetti osservati nell'immediato. Totalmente assente, infine, risulta la valutazione di impatto, ovvero le conseguenze di lungo periodo sul contesto o sulle traiettorie di vita delle persone coinvolte nell'intervento. I concetti di monitoraggio e rendicontazione sono spesso associati a quello di valutazione, assieme anche a qualità, efficienza ed efficacia (De Ambrogio *et al.* 2013: 89), e indicano le uniche attività rientranti nell'ambito valutativo che le operatrici, già precariamente impegnate nella realizzazione dei progetti, possono affrontare. Se un loro impegno a distanza di tempo nella valutazione di impatto è escluso, in quanto, non essendo coinvolte in servizi sociali comunitari strutturati e continuativi, non potrebbero occuparsene, comunque non emerge alcuna figura o settore delle amministrazioni pubbliche deputato all'analisi degli effetti sul medio e lungo termine degli interventi sociali focalizzati su aree territoriali specifiche. L'interpretazione dell'innovazione come una novità senza memoria di certo non aiuta, ma è da notare l'intervento anche di altre dinamiche. Come sottolineato quasi vent'anni fa da Pavarini (2006), i tempi dell'urgenza politica non coincidono con quelli di maturazione di un intervento e dei suoi possibili impatti. Lippi (2007: 7) richiama uno dei commenti ironici più "sottili" sull'argomento: «la valutazione predispone per i politici quelle

¹⁵¹ Si veda l'intervista a Nicoletta Stame a dieci anni dalla fondazione dell'Associazione Italiana di Valutazione, disponibile al seguente link: <https://effeddi.it/intervista-a-nicoletta-stame-sui-classici-della-valutazione/> (ultimo accesso 23.10.2025).

informazioni che essi *non* vogliono conoscere»: spesso, commenta l'autore, le istituzioni contemporanee utilizzano gli strumenti esistenti per il miglioramento del potere «più come complementi esteriori che come sostanziali strumenti di governo e apprendimento» (*ibidem*). Nella dissonanza dei tempi confluisce anche l'imprevedibilità dei processi di lavoro di comunità. Come rimarcato anche da Farmer (2013), l'accompagnamento di prossimità implica un'apertura al fallimento che difficilmente regge di fronte alle esigenze della *politics*. Verrebbe quindi da chiedersi quale sia il tempo “giusto” di una valutazione in un progetto o servizio che mira allo sviluppo di comunità attraverso un approccio di prossimità. La risposta a questa domanda risente dell'ambiguità dello sviluppo di comunità come processo e, insieme, come prodotto, similmente a quanto osservato da Morgan (2001) per la partecipazione comunitaria. La considerazione di quest'ultima come un prodotto da valutare ha portato allo sviluppo di una sistematizzazione del concetto accompagnata da una sua traduzione operativa utile alla diffusione di progetti che avessero al centro questo tema; tra gli effetti di questi processi sono stati evidenziati da una parte il rafforzamento di una visione tecnicistica e standardizzata della partecipazione, dall'altra un rinnovato interesse per le dimensioni culturali della partecipazione e le metodologie qualitative di ricerca, all'interno di una generale e crescente esigenza di mostrare ai donatori l'utilità dei processi partecipativi (*ibidem*). Nonostante le incertezze e le criticità descritte, il passaggio auspicato delle stesse lavoratrici (operatrici sociali e infermiere) è quello dalla rendicontazione per attività alla valutazione degli obiettivi, da svolgere in modo congiunto affinché venga costruita una panoramica fondata il più possibile sulle esperienze dei vari soggetti implicati:

Noi diciamo tanto che lavoriamo per obiettivi, però rendicontiamo per attività! [...] Non si va da nessuna parte così. Io sono stufo di lavorare così, perché se lavoro per obiettivi rendiconto sullo stato di avanzamento dell'obiettivo oppure, nel tempo prestabilito, a un certo punto riformulo l'obiettivo. Coinvolgendo il paziente, coinvolgendo i professionisti (intervista con Paola, 29 settembre 2024).

Un altro elemento critico è rappresentato dalla rendicontazione delle attività attraverso strumenti e dati di tipo prevalentemente, quando non esclusivamente, quantitativo. Anche nel caso del concetto di capitale sociale, affine a quelli di sviluppo ed *empowerment* di comunità, si presenta la “sfida” della misurazione, sia rispetto alla scala di indagine (individuale, di gruppo sociale, comunità territoriale, città, e così via) che in relazione alla metodologia (qualitativa e/o quantitativa) (Minelli 2007). La premessa di tali problematiche risiede nella

definizione del concetto e delle parti che lo compongono, per cui la scelta degli indicatori, come l'impegno civico o la fiducia verso le altre persone, risente innanzitutto dell'interpretazione concettuale; sebbene i caratteri di contestualità, complessità e processualità del costrutto di capitale sociale siano maggiormente indagabili attraverso delle metodologie qualitative, sono proprio gli approcci quantitativi ad essere maggiormente in uso (*ibidem*). E così, anche nel variegato campo del lavoro di comunità, gli strumenti e gli indicatori in uso risentono delle concezioni culturali di salute, comunità e lavoro comunitario. Nel caso dell'attività del gruppo di cammino, ad esempio, alcune IFeC fanno ricorso unicamente a indicatori biomedici poiché la dimostrazione dell'efficacia dell'attività, volta alla promozione di uno stile di vita più salutare, rimane ancorata a una visione tecnicistica della salute e si manifesta nella misurazione della pressione arteriosa. La strutturazione di un processo di valutazione adeguato rispetto alla complessità degli interventi di promozione della salute dovrebbe iniziare da una modifica degli strumenti di raccolta delle informazioni e da una loro declinazione rispetto al tipo di soggetti coinvolti (individui, famiglie, collettività) e alle relazioni che questi intrattengono:

Mi è stato chiesto di valutare la health literacy a ogni nuovo caso... [...] Però io non posso valutare la health literacy in un paziente con demenza, valuterò l'health literacy del suo caregiver. Al massimo. Cioè... perché se c'è un problema di comprensione metterò zero dappertutto, allora è una valutazione falsata. Cioè ci sono [sospira] un sacco di dettagli che sfuggono (intervista con Paola, 29 settembre 2024).

L'uso di valutazioni quantitative e standardizzate, legato ai processi di regionalizzazione e aziendalizzazione del welfare stimolati già dagli anni Novanta, rientra negli strumenti a cui le istituzioni e le aziende pubbliche sono ricorse per questioni di bilancio, prima ancora che per valutare gli effettivi esiti degli interventi e le ricadute sui beneficiari (Porcellana 2022: 121).

Ma se su, a livello mentale [usa una voce da segreteria automatica] “quante attivazioni fai? Che numero di prelievi fai?”, è ovvio che è perdente questo progetto, perché non vedono la risoluzione del futuro, vedono il numero di adesso. Allora se io perdo un quarto d'ora con la [segretaria] a spiegarle che il medico mi deve mandare questo [documento] per questo [motivo], allora potrei anche fregarmene, fondamentalmente. Ma se la chiamata non la faccio io, non andiamo avanti in questo senso e questa situazione rimane bloccata (intervista con Monica, 5 agosto 2024).

Nell'ambito del servizio di infermieristica di famiglia e comunità, compreso quello sviluppato nell'esperienza delle Microaree, la tipologia di dati è innanzitutto formulata centralmente all'istituzione pubblica di riferimento e non viene adattata alle specificità del servizio e al tipo di approccio, di prossimità e proattivo, che lo dovrebbe connotare. Le informazioni registrate delle singole operatrici, quindi, sono perlopiù relative al numero di attività prestazionali e contatti realizzati, da cui viene esclusa ogni informazione di tipo qualitativo; oltretutto, i dati raccolti ed elaborati dalle singole istituzioni pubbliche sono trattati come una proprietà esclusiva per cui difficilmente vengono condivisi tra settori di un medesimo ente o tra istituzioni diverse, anche quando il servizio è inter-istituzionale. Il risultato è una produzione informativa frammentata, schiacciata su un esercizio tecnico del lavoro che ancora le operatrici, così come i/le cittadini/e, al presente, senza margine per la costruzione di strategie di lungo respiro. Le difficoltà legate alla raccolta di dati qualitativi risiedono non solo nello scarso riconoscimento a livello istituzionale, ma anche nella scarsa dimestichezza con la ricerca e la metodologia qualitative, percepita soprattutto dalle figure di formazione socio-sanitaria.

Allora è venuto avanti, che è difficile prendere dei dati, perché i dati sono quantitativi, ma quelli di qualità fai fatica a prenderli. E comunque i risultati li hai tra tot anni. Cioè se io mando uno a scuola adesso, dimostrare che il fatto che comunque l'abbiamo inserito, è andato dal logopedista, è riuscito a parlare bene l'italiano, fa questo, gli agevola il mondo del lavoro, che quindi economicamente avrà una stabilità, e che quindi potrà accedere a anche a una qualità di mangiare migliore e a un'abitazione migliore, dove non c'è muffa, e che quindi questo gli porterà a non avere una malattia.. non c'è ancora un santo che l'abbia creato. [...] Vengono richiesti dei dati di quanti contatti hai avuto, di quanta attività hai fatto, in che giorno li hai fatti, ma non sono di qualità o di risultato (intervista con Monica, 5 agosto 2024).

Gli interventi realizzati sono di natura processuale e, come sottolineato dalle stesse operatrici, andrebbero indagati su più livelli: sia sul “piccolo”, cioè su una scala individuale di coordinamento reticolare e accompagnamento all'efficacia di un trattamento (ad esempio telefonare al medico per avere una maggiore chiarezza sulla terapia che la paziente dovrebbe assumere e supportarla nell'ottenimento e nell'assunzione dei farmaci giusti, quindi agire per agevolare un processo che altrimenti si bloccherebbe o verrebbe ritardato); sia sul “grande”, cioè su una scala collettiva di osservazione degli effetti sul lungo periodo degli interventi realizzati negli ambiti sociali di determinazione della salute più rilevanti per il territorio in cui

si opera (ad esempio rafforzare il doposcuola locale per migliorare la padronanza della lingua italiana, contribuire a un futuro inserimento nel mondo lavorativo e all'ottenimento di una casa senza muffa). Se la valutazione dell'impatto sulla determinazione sociale della salute necessita di un'ottica di lungo periodo, al momento nemmeno gli avvenimenti più "piccoli" sembrano essere considerati.

Oltre alla modifica della tipologia dei dati e degli strumenti di raccolta, per passare dalla rendicontazione delle attività alla valutazione di impatto di progetti e servizi di comunità e prossimità si prospetta la necessità di mettere al centro dell'analisi i processi di *empowerment*, ovvero la redistribuzione di potere e, più specificatamente, lo sviluppo delle capacità di cui le comunità hanno bisogno per poter esercitare un controllo sulle risorse e sulle decisioni che impattano sulla loro salute (Ponsford *et al.* 2021, Popay *et al.* 2021)¹⁵². Agire in modo simultaneo questi cambiamenti potrebbe non solo rafforzare le funzioni di *accountability* e apprendimento idealmente proprie della valutazione del sociale (Lippi 2007, De Ambrogio *et al.* 2013), una pratica necessaria per allontanarsi da una concezione della prossimità e della comunità solo in termini positivi e salvifici, ma anche aiutare a direzionare in modo più efficace le politiche centrali e, auspicabilmente, anche le linee di finanziamento di tali politiche.

Questi progettini e progettoni: che risultati hanno? [...] Solo se riusciamo a rendere in maniera chiara ed evidente che certe cose funzionano, può darsi che riusciamo a mandarli su al centro e dire: guardate i finanziamenti non dateceli per quelle cose lì che non funzionano, dateceli [...] insomma per orientare un po' le scelte dei governanti (coordinatore di un servizio sociale di comunità territoriale, Convegno "Welfare di comunità e Prossimità a Bologna. Riflessioni a partire dall'esperienza di ricerca sociologica della Scuola Achille Ardigò", 11 marzo 2025).

¹⁵² Per approfondire l'argomento in termini sia teorici che operativi, consiglio di esaminare la proposta elaborata da Ponsford *et al.* (2021) e Popay *et al.* (2021) in merito agli indicatori qualitativi empirici dell'*emancipatory power framework*.

Conclusioni

L'analisi dell'articolazione tra prossimità, comunità e salute presentata nei capitoli precedenti è stata condotta avendo come principale riferimento il paradigma della promozione della salute (WHO 1986), secondo il quale la salute rappresenta innanzitutto una risorsa positiva da rafforzare attraverso il miglioramento del controllo, da parte di individui e comunità, delle risorse e delle decisioni che incidono sulla loro esistenza. Tra le strategie di contrasto alle disuguaglianze in salute vi è quella del rafforzamento delle iniziative *community-based* tese all'*empowerment* comunitario (Popay *et al.* 2021), e tra gli approcci allo sviluppo di una cura efficace vi è quello dell'accompagnamento (Farmer 2013), ovvero l'impegno continuativo in una vicinanza fisica e relazionale in grado di prendere in considerazione l'insieme degli aspetti sociali che producono i fenomeni di salute e malattia e di affrontarli nel processo di cura. All'intersezione tra azione comunitaria e accompagnamento, si trova il costrutto della prossimità. Come messo sapientemente in luce dagli autori e dalle autrici a cui mi sono ispirata (Krieger 2011, Breilh 2021, Farmer 2003), e di cui ho affrontato il pensiero nel primo capitolo, non è possibile separare l'analisi di un prodotto dalla sua produzione, di cui è importante indagare attori, processi e forme di organizzazione sociale. Nel secondo capitolo ho cercato, quindi, di ricostruire l'esperienza innanzitutto delle figure che sono chiamate a mettere in atto la prossimità (operatrici sociali, Agenti di Prossimità, Infermiere di Famiglia e Comunità), esplorando le diverse sfumature di questo lavoro (operative, materiali, relazionali, emotive) e comprendendo queste esperienze in relazione al contesto amministrativo e politico entro cui progetti e servizi comunitari vengono decisi, un tema che ho ripreso parzialmente anche nel quarto capitolo in merito ai processi di governance locale. Si tratta di progetti che si basano innanzitutto su una prossimità geografica che le varie professioniste sono chiamate a indagare e rilanciare in una prospettiva relazionale, per rafforzare i legami sociali di conoscenza, collaborazione e solidarietà che nutrono e definiscono processualmente le comunità territoriali, ma anche per creare le condizioni e le competenze affinché queste comunità possano aumentare il controllo sulle decisioni che influenzano la loro esistenza. Lo fanno mettendo in campo dei saperi innanzitutto relazionali, ovvero costruendo dei legami di conoscenza e fiducia con le singole persone e stimolando tali legami tra gli/le abitanti, nonché concependo ciascun soggetto come prodotto e produttore delle relazioni sociali che incarna. La tensione partecipativa, propria della prossimità intesa secondo l'ottica dell'*empowerment* comunitario (Messia, Venturelli 2015, Bongiovanni, Andorlini 2023), rappresenta la trasformazione più difficile e anche la più richiesta da parte delle persone

coinvolte in questa ricerca, sebbene da prospettive diverse e con esiti potenzialmente contrastanti. Si tratta della prossimità nella sua dimensione politica, ovvero la prossimità intesa come potere di individuare e costruire collettivamente delle risposte all'altezza delle problematiche vissute quotidianamente dalle persone nei contesti urbani (Subirats 2016). Uno dei rischi ipotizzati, tuttavia, è che l'aumento del potere delle comunità si sviluppi parallelamente a un arretramento della responsabilità delle istituzioni pubbliche nell'agire sui fattori strutturali che incidono nelle esistenze, di territori ed esseri umani, più marginalizzati, così come si è in parte verificato in relazione alle dinamiche che hanno contraddistinto l'affermazione alla partecipazione comunitaria su scala internazionale (Morgan 2001). Per poter essere raggiunta nelle sue molteplici dimensioni, inoltre, la coltivazione della prossimità richiede tempi lunghi e risorse formative ed economiche adeguate, che in molti casi non sono garantiti. Nonostante i caratteri di stabilità e unitarietà che il termine comunità può veicolare (Aime 2019), la precarietà è emersa come concetto particolarmente significativo nelle iniziative comunitarie di prossimità: come esperienza lavorativa incarnata dalle professioniste sul campo, molte delle quali sono spesso sull'orlo del *burnout*; come tipo di prodotto nei territori, ovvero come reti, forme di collaborazione e partecipazione collettive che spesso si interrompono per lo scadere di progetti di breve durata, mentre i processi di precarizzazione delle esistenze individuali continuano a prosperare.

L'analisi del vissuto della prossimità in ambito lavorativo è proseguita anche nel terzo capitolo, in cui ho esplorato la costruzione di una precisa figura di prossimità, l'Agente Comunitario/a di Salute, in due contesti molto diversi, quale il contesto brasiliano e quello di una periferia bolognese. Tale figura è definita di prossimità non solo perché il suo ruolo è quello di mediare e ricongiungere comunità locali, servizi socio-sanitari territoriali e istituzioni, ma anche perché è costitutivamente, o meglio esperienzialmente, di prossimità; nel caso dell'ACS, questo ruolo, infatti, è esercitato da persone appartenenti alle comunità locali. Nonostante le diversità storiche e socio-culturali, entrambe le esperienze hanno mostrato l'esistenza di interrogativi riguardanti le forme e gli impatti della valorizzazione dei saperi locali nella produzione della salute e dell'organizzazione dei servizi. Questo rappresenta un processo che non può mai essere dato per scontato: né in una realtà matura come quella brasiliana, "patria" della salute collettiva, dove la progressiva affermazione di una visione tecnica e bio-riduzionista della salute si è accompagnata alla diffusione di una gestione informatizzata e burocratica, mettendo in secondo piano la spinta partecipativa; né in una sperimentale come quella micro-locale bolognese, dove il riconoscimento dei saperi esperienziali non regge al peso di quelli istituzionalizzati, nonostante la tensione alla

creazione e all'amministrazione condivisa dei territori. Oltre a presentare diversi elementi di interesse in sé, il racconto di queste esperienze è stato funzionale a indagare la progettazione che il Comune di Bologna ha avviato sulla costruzione dell'ACS cittadino/a, e che ho esplorato nel quarto capitolo. Ne è emersa una scarsa considerazione delle esperienze territoriali esistenti, motivata dall'intreccio di aspetti culturali, organizzativi e politici, tra cui una generale carenza di coordinamento, la difficile comprensione del lavoro di comunità all'interno della cornice della promozione della salute e l'interpretazione dell'innovazione sociale come una novità senza memoria, elementi che rendono l'applicazione del modello di co-produzione delle politiche ben più complessa rispetto a quanto narrato e auspicato.

Nel complesso, dalle esplorazioni di progetti, servizi e politiche è emersa una prossimità sfaccettata: preziosa per l'impatto immaginato o realizzato; da coltivare con pazienza e, soprattutto, da praticare, ovvero come dimensione che, nella prospettiva di chi la fa, intercetta i processi lavorativi di prossimità innanzitutto nella loro effettiva realizzazione, piuttosto che nella loro narrazione ("la prossimità è qualcosa che si fa"); ma anche una prossimità molto precaria per il tipo di architettura organizzativa, economica e politica che la sostiene e, contemporaneamente, precaria anche per la disposizione alla costante mutevolezza, allo sconosciuto o al non-ancora-esistente che richiede; infine una prossimità che, a tratti, può essere anche molto pesante per chi la pratica. Il lavoro di prossimità rientra tra quelli definiti delle «cinque P», ovvero pesanti, pericolosi, precari, poco pagati e penalizzati socialmente (Porcellana 2022: 102), ma si delinea anche come un lavoro paziente, prezioso, imprevedibile e istituyente.

Per approfondire la prossimità e restituire una visione che mettesse in luce tanto gli aspetti potenziali quanto quelli più critici, ho inseguito questo termine, specialmente quando era collegato al concetto di comunità, non solo nei territori e nelle esperienze vissute delle lavoratrici, ma anche nelle categorie discorsive e amministrative in uso, nei processi di progettazione delle istituzioni pubbliche e nelle narrazioni delle politiche cittadine. L'andamento di questo "inseguimento" è stato altalenante, così come le emozioni che lo hanno accompagnato, tra desiderio di approfondire gli stimoli che emergevano dal campo, confusione sul senso attribuito alla costante ripetizione delle stesse parole e sconcerto di fronte all'insoddisfazione e alla sofferenza incontrate. La seguente immagine, tratta da uno dei campi di ricerca che hanno nutrito questa tesi, fornisce una metafora utile alla comprensione non solo dell'oggetto di ricerca, ma anche del processo di produzione della conoscenza condensato nelle pagine che compongono questo scritto.

Quando torniamo alla sede provvisoria del servizio, ci sono alcune scene “divertenti”. L’operatrice prima di riuscire ad aprire la porta ci mette un po’ di tempo, ha tantissime chiavi e per beccare quella giusta deve prima passarne altre tre; questo accade per il portone principale, da chiudere (c’è un biglietto dei condomini che invita a chiudere sempre la porta per evitare che vengano rubate le bici e altri oggetti), mentre per la porta della loro stanzetta deve metterci molta forza e fare tanti giri di chiave, come se stesse aprendo un forziere. Questa scena [...] è tragicomica, così tutte scoppiamo a ridere. Porte e portoni da aprire, per trovarsi di fronte a muri scrostati, spazi angusti e poco accoglienti, in cui, e fuori da cui, queste operatrici provano comunque a fare un lavoro potenzialmente prezioso (diario di campo, osservazione, 19 settembre 2024).

Afferrare la prossimità, intesa come esperienza e come politica, sperimentata in alcune zone della città di Bologna ha richiesto l’apertura di più porte. Ciò è avvenuto secondo una sequenza non lineare, in quanto mi sono dovuta muovere contemporaneamente su più scale, sia orizzontali (tra molteplici territori, enti associativi e del Terzo settore) che verticali (tra i livelli micro-locale, comunale, nazionale ed europeo), e non determinata a priori, ma suggerita dal processo di costruzione dei campi e dagli attori che li costituiscono (operatrici, infermiere, agenti, referenti istituzionali). In alcuni casi le porte sono comunque rimaste chiuse, come quella relativa all’osservazione da vicino della progettazione dell’Agente Comunitario/a di Salute cittadino/a; altre, invece, ho scelto di non aprirle, come le porte che mi avrebbero condotta a esplorare altre esperienze, come i progetti sviluppati dai Servizi Sociali di Comunità o le trasformazioni dei centri sociali in Case di Quartiere. Oltre che essere basata sulla necessità di produrre una ricerca sostenibile e fattibile, *in primis* in termini temporali, questa scelta ha fatto sì che l’analisi si sia concentrata sulle esperienze professionali di lavoro di prossimità e comunità, sia esistenti che in fase di ideazione. La scelta, maturata anche in relazione alla mia esperienza di ricercatrice-operatrice e alle direzioni suggeritemi dai partner epistemici di questa ricerca, ha contribuito a illuminare una dinamica da tempo osservata nel campo degli studi sociali rispetto alla partecipazione (Cellamare, Ostanel 2024), valida anche per quello della prossimità, ovvero la professionalizzazione. Quest’ultima è intesa come il crescente ricorso a professionisti/e nei processi tesi al coinvolgimento della cittadinanza per co-costruire progetti e politiche urbane, processi che, così come i contenuti, sono definiti sempre più sotto il profilo tecnico. La tendenza a professionalizzare soggetti, processi e temi può condurre anche a una riduzione della loro efficacia rispetto agli obiettivi prefissati o dichiarati, ad esempio escludendo le

fasce di popolazione che dovrebbero maggiormente beneficiare di questo coinvolgimento o aumentando la scorporazione tra esercizio tecnico ed esercizio politico. Questi rischi sono presenti anche nella corsa alla prossimità prodottasi soprattutto negli ultimi anni nel contesto bolognese, dove si è sviluppata una proliferazione di categorie amministrative e figure professionali “di prossimità” che, tuttavia, in vari casi sperimentano un’ampia precarietà. I rischi della professionalizzazione della prossimità nell’ambito comunitario possono essere contrastati se la prospettiva assunta, così come riportato da diversi autori e autrici (Subirats 2016, Torre, Gallaud 2022, Bongiovanni, Andorlini 2023), è quella di un lavoro che ambisce a rinsaldare pazientemente la dimensione geografica, relazionale e politica della prossimità e che è sostenuto adeguatamente sotto il profilo economico, formativo e organizzativo. In questo lento lavoro di coltivazione, risulta necessario mettere a fuoco un’altra dimensione della prossimità, ovvero quella esperienziale; così come approfondito nel campo del lavoro di comunità (Folgheraiter 2018, Calcaterra, Panciroli 2021), il miglioramento delle esistenze individuali e collettive può richiedere un supporto “esterno”, quale quello professionale, che tuttavia deve necessariamente integrarsi con le esperienze di chi vive i territori e sperimenta, sulla propria pelle e nel proprio corpo, i fenomeni da affrontare.

In linea con altre esperienze di ricerca nei servizi (Gallotti, Tarabusi 2024), più volte, in questo indagare, ho sentito una certa risonanza tra i lavori di prossimità analizzati e la disciplina antropologica: la mediazione tra più componenti delle comunità e mondi sociali; la tensione alla costruzione di uno sguardo olistico e multiscalare; una necessaria modulazione del rapporto dialettico tra prossimità e distanza; ma anche l’estrema importanza di saperi prodotti a partire dall’esperienza vissuta e da un costante esercizio dell’autoriflessività (Portis 2024) a livello individuale e collettivo. La risonanza è stata confermata anche rispetto alla metodologia di ricerca che ho adottato, all’intersezione tra etnografia e ricerca-azione. Il ruolo di chi svolge un lavoro di prossimità e comunità è quello di facilitare un percorso che deve avere come protagonisti innanzitutto coloro che sono direttamente coinvolti nella problematica o nel fenomeno da analizzare, così come messo in luce dal *relational social work* (Folgheraiter 2018, Calcaterra, Panciroli 2021); allo stesso modo, il ricercatore o la ricercatrice assume un posizionamento etico-politico che lo/a differenzia da un ruolo di solo “esperto/a”, avvicinandolo/a maggiormente a quello di facilitatore o facilitatrice, una figura che crea le condizioni affinché i saperi circolanti nei campi possano emergere ed essere discussi collettivamente. Ed è in questa direzione ho cercato di sviluppare questa ricerca, non solo nella sua fase ideativa, operativa e analitica, ma anche in quella di restituzione del lavoro prodotto, che si sta sviluppando nel periodo di conclusione della scrittura di questa tesi e che

proseguirà nei prossimi mesi. L'impegno, quindi, è quello di sfruttare questa ricerca come mezzo per innescare riflessioni, dibattiti e, auspicabilmente, movimenti; sebbene in questo caso specifico sia stata "sofferta" nel suo svolgimento fino a oggi, la ricerca-azione non ha un punto di cesura netto e potrebbe proseguire in nuove direzioni. Tra queste, la comprensione della prossimità nel campo della salute comunitaria potrebbe, o forse dovrebbe, essere approfondita prendendo in esame le esperienze e le percezioni degli "altri" protagonisti, ovvero gli e le abitanti dei territori analizzati. Come suggerito da un'operatrice, «per me l'intervista qualitativa andrebbe fatta a loro, proprio per vedere qual è il vero senso che loro hanno dato a questa cosa, se si sono mai fatti questo tipo di domanda e come si sentono con o senza» (intervista con Lucia, 4 settembre 2024). Al di fuori del percorso di formazione per Agenti Comunitari/e di Salute, proprio i cittadini e le cittadine sono stati "i grandi assenti" di questa ricerca, i cui vissuti dovrebbero essere integrati per non dimenticare gli effetti sulla vita delle persone dello scarto tra intenti dichiarati e pratiche realizzate (Tosi Cambini 2022). Nonostante i vari aspetti critici di questa ricerca, ho cercato di fare di alcune delle principali riflessioni sulle etnografie pubbliche condotte nel campo degli interventi sociali (Porcellana 2022, Pozzi, Rimoldi 2022) le traiettorie di questo lavoro. Mi riferisco specialmente alle suggestioni proposte da Didier Fassin (2017), in merito agli effetti dell'analisi antropologica pubblica di stampo etnografico, quali: l'effetto di *veridiction*, ovvero di restituzione chiara di una realtà sociale sfaccettata che prende forma in relazione al contesto sociale, culturale e politico in cui è prodotta; l'effetto di *reflexivity*, una riflessività continua e trasparente sul proprio posizionamento e ruolo; l'effetto di *realism*, un realismo come concretezza della realtà raccontata dando spazio alle parole e alle osservazioni dei protagonisti; infine, l'effetto di *proximity*, di avvicinamento del pubblico alla realtà analizzata attraverso una risonanza sviluppata primariamente dal/la ricercatore/trice con l'oggetto di ricerca e i partner epistemici.

Concludo questo scritto con due auspici dedicati a chi legge: che la ricomposizione della realtà sociale della prossimità attraverso «una valorizzazione della sua complessità» (Rimoldi, Pozzi 2022: 65) non sia risultata troppo caotica; che l'analisi critica proposta non abbia veicolato un processo decostruttivo troppo pessimista. L'intento, anzi, è stato e continua ad essere quello di promuovere una trasformazione dell'esistente secondo una prospettiva istituyente che si sostanzia nell'accompagnare persone e comunità in processi di attivazione e riconoscimento reciproco di sé, della propria dignità e complessità (Porcellana 2022). Come affermato da Langer e Højlund (2011: 8) in riferimento alla natura processuale e continuativa delle interazioni tra soggetti e contesti multidimensionali da cui dipende il *well-faring*, in

attesa di esperire gli esiti delle dinamiche innescate, che la speranza e la capacità di aspirare continuino ad accompagnare i nostri percorsi.

Bibliografia

Abadía-Barrero, César E., Bugbee, Mary, 2019, «Primary Health Care for Universal Health Coverage? Contributions for a Critical Anthropological Agenda», *Medical Anthropology*, 38(5): 427–435.

Aime, Marco, 2019, *Comunità*, Bologna, Il Mulino.

Allegrini, Giulia, 2020, «Dispositivi di partecipazione e collaborazione tra retoriche neoliberiste e nuove forme di politicità», *Sociologia della comunicazione*, 59: 140-163.

Aguirre, José Luis, 2016, «La autoatención y el enfoque relacional», *Archivos de medicina familiar y general*, 13(1): 27-34.

Amit, Vered, Rapport, Nigel, 2002, *The Trouble With Community: Anthropological Reflections on Movement*, Londra, Pluto Press.

Appadurai, Arjun, 2012, *Modernità in polvere*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Balland, Pierre-Alexandre, Boschma, Ron, Frenken, Koen, 2022, «Proximity, innovation and networks: a concise review and some next steps», in Torre, André, Gallaud, Delphine (a cura di), *Handbook of proximity relations*, Edward Elgar Publishing: 70-80.

Baum, Fran, MacDougall, Colin, Smith, Danielle, 2006, «Participatory action research», *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60: 854-857.

Baum, Fran, 2008, «Foreword», in Labonté, Ronald, Laverack, Glenn, *Health promotion in action: from local to global empowerment*, London, Palgrave Macmillan.

Belluto, Martina, Burg Ceccim, Ricardo, Martino, Ardigò, 2020, «La ricerca-formazione-intervento collaborativa in Salute Collettiva: esperienze di frontiera tra università, servizi e territori», *Tracce Urbane. Rivista Italiana Transdisciplinare Di Studi Urbani*, 4(8).

Bergamaschi, Maurizio, 2024, «Introduzione», in Braga, Piergiacomo, *Case popolari. Un territorio di relazioni*, Milano, FrancoAngeli.

Bergamaschi, Maurizio, Castrignanò, Marco, 2017 «Un modello di sperimentazione di mix sociale nell'edilizia residenziale pubblica», *Sociologia urbana e rurale*, 112: 29-40.

Betti, Lorenzo, 2019, «Habitus istituzionali. Da cosa partire per un'azione integrata sui territori?», *Tracce Urbane*, 6:158-176.

Betti, Lorenzo, Bodini, Chiara, Galera, Giulia, Pisani, Giacomo, 2022, *Prossimità e salute: un quadro introduttivo*, Euricse Working Paper Series, 119.

Betti, Lorenzo, Girardi, Francesca, 2024, «Verso la promozione della salute comunitaria : spazi di azione e limiti nella costruzione di una responsabilità condivisa in una periferia urbana», *Lares: rivista quadrimestrale di studi demo-etno-antropologici*, XC(2): 295-313.

Bezzi, Claudio, 2004, *Il disegno della ricerca valutativa*, Milano, Franco Angeli.

Bifulco, Lavinia, 2016, «Citizenship and governance at a time of territorialization: The Italian local welfare between innovation and fragmentation», *European Urban and Regional Studies*, 23(4): 628-644.

Biscaldi, Angela, 2015, «“Vietato mormorare”. Sulla necessità della ricerca antropologica in Italia», *Archivio Antropologico Mediterraneo*, 17(1): 13-18.

Blume, Stuart, 2016, «In search of experiential knowledge», *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, 30(1): 91-103.

Boardman, Felicity, 2014, «Knowledge is power? The role of experiential knowledge in genetically 'risky' reproductive decisions», *Sociology of Health and Illness*, 36(1): 137-150.

Boarelli, Mauro, 2014, «Partecipazione e governo dei cittadini. Nascita dei quartieri e gestione sociale delle scuole a Bologna negli anni Sessant», in Garzya, Giustini, Pitti, Tolomelli, Volturo (a cura di), *Partecipazione ed empowerment. La realtà bolognese come caso studio*, Milano, Franco Angeli.

Boarelli, Mauro, 2021, «Partecipazione senza potere. Bologna e l'illusione di contare», Dinamo Press, testo disponibile al sito: <https://www.dinamopress.it/news/partecipazione-senza-potere-bologna-e-lillusione-di-contare/> (ultimo accesso 29.10.2025).

Bodini, Chiara, Cacciatore, Francesca, Ciannameo, Anna, Maranini, Nadia, Riccio, Martina, 2016, «Appunti per una ricerca “in salute”. Presupposti teorici ed esperienze concrete per una funzione politica e trasformativa della produzione di conoscenza», in Severi, Ivan, Landi,

Nicoletta (a cura di), *Going Public. Percorsi di antropologia pubblica in Italia*, Bologna, CIS - Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna: 131-158.

Bodini, Chiara, Gentilini, Valeria, Paganoni, Claudia, Riccio, Martina, 2021, «L'equità nel diritto alla salute: una ricerca-azione multi-metodologica e interdisciplinare per il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna», in Castrignanò, Marco (a cura di), *Sociologia dei quartieri urbani*, Milano, Franco Angeli.

Bodini, Chiara, Consoloni, Martina, D'Avanzo, Valerio, Da Mosto, Delia, Gerotto, Sara, Giaimo, Silvia, Girardi, Francesca, Mammana, Leonardo, Riccio, Martina, Valoncini, Matteo, 2023, «Community development and health promotion in contemporary policy: results from an action-research project in Bologna (Italy)», *Community Development Journal*, 58(4): 614-633.

Bonetti, Roberta, 2024, «Forme di apprendimento cooperativo e trasformativo: la ricerca-azione», in Bonetti, Roberta, Natali, Cristiana (a cura di), *La pratica della ricerca antropologica. Strumenti e metodologie*, Roma, Carocci: 119-146.

Bongiovanni, Laura, Andorlini, Carlo, 2023, «Osservatorio sulla prossimità in Italia. Terza edizione», *Impresa Sociale*, 1/2023: 109-120.

Borghi, Vando, 2006, «Tra cittadini e istituzioni. Riflessioni sull'introduzione di dispositivi partecipativi nelle pratiche istituzionali locali», *Rivista delle Politiche Sociali*, 2: 147-182.

Borghi, Vando, Giullari, Barbara, 2015, «Trasformazioni delle basi informative e immaginazione sociologica», *Rassegna Italiana Sociologica*, 56(3-4): 379-404.

Borkman, Thomasina, 1976, «Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups», *Social Service Review*, 50(3): 445-456.

Boschma, Ron, 2005, «Proximity and innovation: A critical assessment», *Regional Studies*, 39: 61-74.

Bourdieu, Pierre, 2005, *Il senso pratico*, Roma, Armando Editore.

Bourdieu, Pierre, Wacquant, Loïc J. D., 1992, *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Torino, Bollati Boringhieri, edizione originale, *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*, Paris, Éditions du Seuil.

Brambilla, Marco, Maciocco, Gavino, 2022, *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Roma, Carocci.

Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1986, *Relatório da 8a Conferência Nacional de Saúde*, Brasília, disponibile al seguente link: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view> (ultimo accesso 9.06.2025).

Breilh, Jaime, 2021, *Critical Epidemiology and the People's Health*, Oxford, Oxford University Press.

Cacciatore, Francesca, Maralla, Rita, Riccio, Martina, 2020, «Inhabiting an “un-common” space: health promotion in the area of Pescaraola, Bologna», in Battisti, Marceca, Iorio (a cura di), *Urban health. Participatory action-research models contrasting socioeconomic inequalities in urban context*, Heidelberg, Springer.

Calcaterra, Valentina, Panciroli, Chiara, 2021, *Il Lavoro Sociale di Comunità passo dopo passo. Metodologia e strumenti per progetti a valenza collettiva*, Trento, Erickson.

Carlone, Teresa, 2022, «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).

Carvalho, Maria de Nasaré, Franco, Túlio Batista, 2015, «Cartografia dos caminhos de um usuário de serviços de saúde mental: produção de si e da cidade para desinstitucionalizar», *Physis*, 25(3).

Cellamare, Carlo, 2011, *Progettualità dell'agire urbano. Processi e pratiche urbane*, Roma, Carocci.

Cellamare, Carlo, Ostanel, Elena, 2024, «Chi apprende da chi? Sguardi interdisciplinari tra azione pubblica e pratiche dal basso», *Tracce Urbane. Rivista Italiana Transdisciplinare Di Studi Urbani*, 12(16), 7–33.

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI), Università di Bologna, 2022, *L'equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna. Report delle attività di ricerca*, Bologna, disponibile al seguente link:

<https://centri.unibo.it/csi/it/progetti/1-equita-nel-diritto-alla-salute>

(ultimo accesso

29.10.2025).

Chuengue, Ana Paula Gonçalves, Franco, Túlio Batista, 2018, «O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares», *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4).

Consoloni, Martina, Quaranta, Ivo, 2021, «Lockdown dall'alto, comunità dal basso: ripensare la cura in tempo di pandemia», *Civiltà e religioni*, 7: 123-136.

Consoloni, Martina, Quaranta, Ivo, 2023, «Antropologia, politiche e prassi istituzionali. Ripensare la dimensione critica nella produzione del sapere», *Rivista Di Antropologia Contemporanea*, 4(2): 369-384.

Cooperativa Nuova Sanità, 2000, *Bilancio Sociale*, Bologna.

Cooperativa Nuova Sanità, 2003, *Bilancio Sociale*, Bologna.

Cooperativa Nuova Sanità, 2004, *Bilancio Sociale*, Bologna.

Cooperativa Nuova Sanità, 2005, *Bilancio Sociale*, Bologna.

Cooperativa Nuova Sanità, 2006, *Bilancio Sociale*, Bologna.

Csordas, Thomas J., 1990, «Embodiment as a paradigm for anthropology», *Ethos: Journal of the Society for Psychological Anthropology*, 18: 5-47.

Dahlgren, Göran, Whitehead, Margaret, 1991, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Stockholm, Institute for Futures Studies.

Dahlgren, Göran, Whitehead, Margaret, 2021, «The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows», *Public Health*, 199: 20-24.

De Ambrogio, Ugo, Dessi, Carla, Ghetti, Valentina, 2013, *Progettare e valutare nel sociale*, Roma, Carocci.

Dei, Fabio, Di Pasquale, Caterina (a cura di), 2017, *Stato, violenza, libertà La «critica del potere» e l'antropologia contemporanea*, Donzelli Editore, Roma.

Depedri, Sara, 2016, *La valutazione dell'impatto sociale nel Terzo Settore*, Euricse, disponibile al seguente link:

<https://www.euricse.eu/wp-content/uploads/2016/09/Position-Paper.pdf> (ultimo accesso 23.20.2025).

Dewey, John, 1938, *Experience and Education*, New York, Macmillan.

Esposito, Roberto, 2021, *Istituzione*, Bologna, Il Mulino.

Farmer, Paul, 2003, *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press.

Farmer, Paul, 2006, «Un'antropologia della violenza strutturale», *Antropologia*, 8: 17-49.

Farmer, Paul, 2013, *To Repair the World. Paul Farmer Speaks to the Next Generation*, Berkeley, University of California Press.

Fassin, Didier, 2017, «When Ethnography Goes Public», in Dider, Fassin (a cura di), *If Truth Be Told. The Politics of Public Ethnography*, Durham-London, Duke University Press: 1-16.

Fassin, Didier, 2018, *Ragione umanitaria. Una storia morale del presente*, trad. di Lorenzo Alunni, Roma, DeriveApprodi, ed. or. 2010, *La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent*, Gallimard-Seuil-Hautes Études.

Ferreira, Vitória Solange Coelho, 2008, *Micropolítica do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: território de produção de cuidado e subjetividades*, Tesi di dottorato, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, disponibile al seguente link: <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/14139> (ultimo accesso 18.08.2025).

Fiore, Mattia, 2023, «Turismo e affitti brevi: l'impatto del Covid-19 sul mercato Airbnb a Bologna», in Castrignanò, Marco, Rimondi, Tommaso, *Bologna dopo la pandemia: Impatto territoriale e scenari futuri*, Milano, Franco Angeli: 262:285.

Folgheraiter, Fabio, 2018, «Cos'è davvero il community social work. La prospettiva relazionale», *Lavoro sociale*, 18(2): 7-13.

Franco, Túlio Batista, 2020, «A Atenção Básica e os cuidados intermediários: um debate necessário», *Saúde debate*, 44 (125).

Franco, Túlio Batista, Galavote, Heletícia Scabelo, 2010, «Em Busca da Clínica dos Afetos», in Franco, Ramos (a cura di), *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*, São Paulo, Hucitec, São Paulo.

Freire, Paulo, 1987, *Pedagogia do oprimido*, Rio de Janeiro, Paz e Terra.

Freire, Paulo, 1996, *Pedagogia da autonomia: os saberes necessários à prática educativa*, São Paulo, Paz e Terra.

Freire, Paulo, Nogueira, Adriano, 1993, *Que fazer: teoria e prática em educação popular*, Petrópolis, Vozes.

Galavote, Heletícia Scabelo, Franco, Túlio Batista, Lima, Rita de Cássia Duarte, Belizario, Antônio Márcio, 2013, «Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos», *Interface (Botucatu)*, 17(46): 575-586.

Gallio, Giovanna, Cogliati Dezza, Maria Grazia, 2018, *La città che cura. Microaree e periferie della salute*, Merano, Alphabeta.

Gallotti, Cecilia, Tarabusi, Federica (a cura di), 2024, *Antropologia e servizi. Intersezioni etnografiche fra ricerca e applicazione*, Milano, Ledizioni.

Halberstam, Jack, 2022, *L'arte queer del fallimento*, Roma, Minimum Fax, ed. or. 2011, *The Queer Art of Failure*, Durham, Duke University Press.

Halloy, Arnaud, Simon, Emmanuelle, Hejoaka, Fabienne, 2023, «Defining patient's experiential knowledge: Who, what and how patients know. A narrative critical review», *Sociology of Health and Illness*, 45(2): 405-422.

Harvey, Michael, Piñones-Rivera, Carlos, Holmes, Seth, 2022, «Thinking with and Against the Social Determinants of Health: The Latin American Social Medicine (Collective Health) Critique from Jaime Breilh», *International Journal of Health Services*, 52 (4): 433-441.

Horton, Richard, 2020, *Covid-19. La catastrofe*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Hübner, Luiz Carlos Moreira, Franco, Túlio Batista, 2007, «O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS», *Physis*, 17(1).

Kleinman, Arthur, 2015, «The art of medicine. Care: in search of a health agenda», *The Lancet*, vol. 386: 240-241.

Kleinman, Arthur, 2024, «Paul Farmer and the Audacity of Accompaniment: Reflecting on Paul Farmer's extraordinary legacy», disponibile al seguente link:

<https://www.thinkglobalhealth.org/article/paul-farmer-and-audacity-accompaniment> (ultimo accesso 24.06.2025).

Krieger, Nancy, 1994, «Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?», *Soc Sci Med*, 39: 887-903.

Krieger, Nancy, 2011, *Epidemiology and the people's health: theory and context*, Oxford, Oxford University Press.

Jackson, Terri, Mitchell, Sally, Wright, Maria, 1986, «The Community Development Continuum», *Community Health Studies*, 13(1): 66-73.

Johnson, Christopher D., Noyes, Jane, Haines, Andy, Thomas, Kathrin, Stockport, Chris, Neves Ribas, Antonio, Harris, Matthew, 2013, «Learning from the Brazilian Community Health Worker Model in North Wales», *Global Health*, 9(25).

Jones, Camara Phyllis, 2000, *Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale*, *American Journal of Public Health*, 90(8):1212-1215.

Labonté, Ronald, Schrecker, Ted, Packer, Corinne, Runnels, Vivien, 2009, *Globalization and health: pathways, evidence and policy*, New York, Routledge.

Langer, Susanne, Højlund, Susanne, 2011, «An Anthropology of Welfare: Journeying towards the Good Life», *Anthropology in Action*, 18(3): 1-9.

Lanzara, Giovan Francesco, 1993, *Capacità negativa. Competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, Bologna, Il Mulino.

Legacoop Bologna, 2003, *Il lavoro della cooperazione sociale. Guida ai servizi e alle idee*, Bologna, Sincroma.

Lehmann, Uta, Sanders, David, 2007, *Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*, Ginevra, WHO – Evidence and Information for Policy, Department of Human Resources for Health, disponibile al seguente link: <https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Community-Health-Workers-What-do-we-know-about-them.pdf> (ultimo accesso 29.10.2025).

Lippi, Andrea, 2007, *La valutazione delle politiche pubbliche*, Bologna, Il Mulino.

Loewenson, Rene, Laurell, Asa, Hogstedt, Christer, D'Ambruoso, Lucia, Shroff, Zubin, 2014, *Participatory Action Research in Health Systems: A Methods Reader*, Harare, TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, disponibile al seguente link: https://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf (ultimo accesso 29.10.2025).

Logan, Ryan I., 2021, «Professionalization as a “Double-Edged Sword”: Assessing the Professional Citizenship of Community Health Workers in the Midwest», *Human Organization*, 80(3): 192-202.

Maciocco, Gavino, 2019, *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*, Roma, Carocci.

Maino, Franca, 2023, «Secondo welfare e cultura: innovazione e comunità per generare benessere», *Economia della Cultura*, numero speciale: 53-59.

Malighetti, Roberto, 2019, «Exception and resistance in the favelas of Rio de Janeiro», *Tracce Urbane. Rivista Italiana Transdisciplinare Di Studi Urbani*, 3(5).

Manzini, Ezio, 2021, *Abitare la prossimità. Idee per la città dei 15 minuti*, Milano, Egea.

Marchetti, Michela, 2024, «Tenere le fila. Per una riesamina dell'apporto antropologico alla costruzione di itinerari di Educazione alla salute», in Gallotti, Cecilia, Tarabusi, Federica (a cura di), 2024, *Antropologia e servizi. Intersezioni etnografiche fra ricerca e applicazione*, Milano, Ledizioni: 89-106.

Marocchi, Gianfranco, 2017, «La prossimità farà evolvere il nostro welfare?», *Welfare oggi*, 5: 7-12.

Martínez-Hernández, Ángel, Bekele Deborah, 2023, «Structural competency in epidemiological research: What's feasible, what's tricky, and the benefits of a 'structural turn'», *Global Public Health*, 18 (1).

Martino, Ardigò, Di Girolamo, Chiara, 2015, «Le disuguaglianze in salute: spunti per una riflessione teorica», in Merhy, Emerson Elias, Stefanini, Angelo, Martino, Ardigò (a cura di), *Problematizzando epistemologie in salute collettiva: saperi dalla cooperazione Brasile e Italia*, Porto Alegre-Bologna, Rede Unida: 15-34.

Martino, Ardigò, Marta, Brigida, Sintoni, Francesco, Guimarães, Cristian, Bontempo Scavo, Sara, 2016, «Pratiche di ricerca-formazione-intervento nel contesto italiano: riflessioni dalle esperienze», in Franco, Tulio Batista, Burg Ceccim, Ricardo (a cura di), *Prassi in salute globale, Azioni condivise tra Brasile e Italia*, Porto Alegre, Rede Unida.

Merhy, Emerson Elias, 2006, «Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde», in Merhy, Emerson Elias, Onocko, Rosana, *Agir em saúde: um desafio para o público*, 2a edição, São Paulo, Hucitec: 71-112.

Merhy, Emerson Elias, Franco, Túlio Batista, 2013, «Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde», in Merhy, Emerson Elias, Franco, Túlio Batista, *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos reunidos*, São Paulo, Hucitec: 109 - 137.

Messia, Francesco, Venturelli, Chiara, 2015, *Il welfare di prossimità. Partecipazione attiva, inclusione sociale e comunità*, Trento, Erickson.

Metzl, Jonathan M., Hansen, Helena, 2014, «Structural Competency: Theorizing a New Medical Engagement with Stigma and Inequality», *Social Science and Medicine*, 103: 126-133.

Minelli, Massimiliano, 2007, *Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata*, Perugia, Morlacchi Editore.

Minicuci, Maria, Pavanello, Mariano, 2010, «Introduzione», *Meridiana. Rivista di storia e scienze sociali*, 68: 9-35.

Moini, Giulio, 2012, *Teoria critica della partecipazione. Un approccio sociologico*, Milano, Franco Angeli.

Mol, Annemarie, 2002, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham, Duke University Press.

Moralli, Melissa, 2022, *L'abc dell'innovazione sociale. Tra sostenibilità, creatività e sviluppo*, Bologna, Bologna University Press.

Morel, Ana Paula, 2020, «Da educação sanitária a educação popular em saúde: reflexões sobre a pandemia do coronavírus», *Revista Estudos Libertários*, 2(1): 30-38.

Morel, Ana Paula, 2021, «Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica», *Trabalho, Educação e Saúde*, 19.

Morgan, Lynn, 2001, «Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge», *Health Policy Plan*, 16(3): 221-30.

Napier, David, Ancarno, Clyde, Butler, Beverley *et al.*, 2014, «Culture and health», *The Lancet*, 834 (9954): 1607-1639, traduzione italiana a cura di Riccardo James Vargiu, disponibile al seguente link: <https://centri.unibo.it/csi/it/pubblicazioni/cultura-e-salute-traduzione> (ultimo accesso 22.07.2025)

Natali, Cristiana, 2024, «L'intervista semistrutturata come strumento di ricerca», in Bonetti, Roberta, Natali, Cristiana (a cura di), *La pratica della ricerca antropologica. Strumenti e metodologie*, Roma, Carocci: 19-44.

Nespoli, Grasiere, 2016, «Da educação sanitária à educação popular em saúde», in *Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio*, Rio de Janeiro, EPSJV.

Nguyen, Vinh-Kim, Peschard, Karine, 2003, «Anthropology, inequality, and disease: a review», *Annual Review of Anthropology*, 32: 447-474.

Nicoli, Maria Augusta, Pellegrino, Vincenza (a cura di), 2011, *L'empowerment nei servizi sanitari e sociali. Tra istanze individuali e necessità collettive*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Nicoli, Maria Augusta, Zani, Bruna, Marcon Anna, 2011, «Aspetti teorico-storici del costruito di empowerment», in Nicoli, Pellegrino (a cura di), *L'empowerment nei servizi sanitari e sociali. Tra istanze individuali e necessità collettive*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore: 3-26.

Nogueira, Mariana Lima, 2019, «Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho», *Saúde Soc.*, 28(3): 309-323.

Nogueira, Mariana Lima, Oliveira, Maria Gilda Alves de, Morel, Ana Paula, Lopes, Márcia Cavalcanti Raposo, 2015, «A educação popular em saúde como base da preceptoria na

formação técnica de agentes comunitários de saúde», *Revista de APS – Atenção Primária à Saúde*, 18(4): 438-446.

Nunes, Mônica De Oliveira, Trad, Leny Bonfim, Almeida, Bethânia de Araújo, Homem, Carolina Ramos, 2002, «O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico», *Cad. Saúde Pública*, 18(6): 1639-1646.

Olaniran, Abimbola, Smith, Helen, Unkels, Regine, Bar-Zeev, Sarah, van den Broek, Nynke, 2017, «Who is a community health worker? – a systematic review of definitions», *Global Health Action*, 10(1): 1-13.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre, 2009, «La politica del campo. Sulla produzione di dati in antropologia», in Cappelletto, Francesca, Piasere, Leonardo (a cura di), *Vivere l'etnografia*, Firenze, Seid Editori.

OMS, v. WHO.

Palazuelos, Daniel, Farmer, Paul, Mukherjee, Joia, 2018, «Community health and equity of outcomes: the Partners In Health experience», *The Lancet Global Health*, 6(5): 491-493.

Pavarini, Massimo, 2006, «La costruzione sociale della sicurezza», *Metronomie*, anno XIII Giugno-Dicembre.

Payne, Malcom, 1995, *Social Work and Community Care*, London, Red Globe Press London.

Perocco, Fabio, Rosignoli, Francesca, 2022, «“Sulla nostra pelle” : razzismo ambientale e disuguaglianze di salute», *Socioscapes: international journal of societies, politics and cultures*, 3(1): 7-36.

Perry, Henry, Zulliger, Rose, Rogers, Michael M., 2014, «Community Health Workers in Low-, Middle-, High-Income Countries: An Overview of their History, Recent Evolution, and Current Effectiveness», *Annual Review of Public Health*, 15: 399-421.

Piasere, Leonardo, 2002, *L'etnografo imperfetto. Esperienza e cognizione in antropologia*, Roma-Bari, Laterza.

Piras, Gioacchino, Proto, Matteo, 2024, «Spazi di apprendimento o strumenti di sussunzione neoliberale? Il caso della Fondazione per l'Innovazione Urbana e il ruolo dei processi

partecipativi nella città di Bologna», *Tracce Urbane. Rivista Italiana Transdisciplinare Di Studi Urbani*, 12(16): 199–229.

Pizza, Giovanni, 2008 (prima ed. 2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci.

Ponsford, Ruth, Collins, Michelle, Egan, Matt, Halliday, Emma, Lewis, Sue, Orton, Lois, Powell, Kate, Barnes, Amy, Salway, Sarah, Townsend, Anne, Whitehead, Margaret, Popay, Jennie, 2021, «Power, control, communities and health inequalities. Part II: measuring shifts in power», *Health Promotion International*, 36(5):1290-1299.

Popay, Jennie, Whitehead, Margaret, Ponsford, Ruth, Egan, Matt, Mead, Rebecca, 2021, «Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks», *Health Promotion International*, 36(5): 1253–1263.

Porcellana, Valentina, 2016, *Dal bisogno al desiderio. Antropologia dei servizi per adulti in difficoltà e senza dimora a Torino*, Milano, Franco Angeli.

Porcellana, Valentina, 2022, *Antropologia del welfare. La cultura dei diritti sociali in Italia*, Ogliastro Cilento, Licosia Edizioni.

Portelli, Alessandro, 2010, «L'inter-vista nella storia orale», in Pistacchi, Massimo (a cura di), *Vive voci. L'intervista come fonte di documentazione*, Roma, Donzelli Editore: 3-12.

Pussetti, Chiara, 2005, «Introduzione. Discorsi sull'emozione», *Antropologia*, 6: 5-14.

Quaranta, Ivo, 2006, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Quaranta, Ivo, 2012, «Sofferenza sociale e violenza strutturale», in Cozzi, Donatella (a cura di), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Perugia, Morlacchi Editore.

Quaranta, Ivo, 2020, «Trabalho de proximidade e cuidados intermediários de um ponto de vista antropológico», in Franco, Tulio Batista, de Mendonça, Paulo Eduardo Xavier, Ribeiro, Mirian, Nicoli, Maria Augusta, Quaranta, Ivo (a cura di), *Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde*, Porto Alegre, Rede Unida: 51-57.

Quaranta, Ivo, Ricca, Mario, 2012, *Malati Fuori Luogo. Medicina interculturale*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Quaranta, Ivo, Minelli, Massimiliano, Fortin, Sylvie, 2018, *Assemblages, Transformations, and the Politics of Care*, Bologna, Bononia University Press.

Raineri, Maria Luisa, 2016, «Le radici del Lavoro Sociale Relazionale: dalla metodologia dei gruppi di auto/mutuo aiuto al lavoro di caso e di comunità», *Lavoro sociale*, 16(6): 13-34.

Rappaport, Julian, 1981, «In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention», *American Journal of Community Psychology*, 9(1): 1–25.

Rifkin, Susan B., 1996, «Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes», *Acta tropica* 2, 61: 79-92.

Rifkin, Susan B., 2009, «Lessons from Community Participation in Health Programmes: a Review of the Post Alma-Ata Experience», *International Health*, 1(1): 31–36.

Rifkin, Susan B., 2017, «Community Health Workers», in Quah, Stella, Cockerham, William (a cura di), *International Encyclopedia of Public Health*, Second edition, Amsterdam, Elsevier: 93-102.

Rimoldi, Luca, Pozzi, Giacomo (a cura di), 2022, *Pensare un'antropologia del welfare*, Milano, Meltemi.

Rotelli, Franco, 2015, *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*, Merano, Alfabeta.

Roth, Laura, Russel, Bertie, Thompson, Matthew, 2023, «Politicising proximity: Radical municipalism as a strategy in crisis», *Urban Studies*, 60(11): 2009–2035.

Saraceno, Chiara, 2013, *Il welfare*, Bologna, Il Mulino.

Scaglioni, Marta, Diodati, Francesco, 2023, «Antropologia della cura nell'era della longevità: un'introduzione», in Scaglioni, Diodati (a cura di), *Antropologia della cura e dell'invecchiamento: prospettive globali*, Milano, Ledizioni: 11-48.

Sclavi, Marianella, 2022, «Amministrazione condivisa come innesco al necessario cambiamento paradigmatico della democrazia», in Arena, Gregorio, Bombardelli, Marco (a cura di), *L'Amministrazione condivisa*, Trento, Università degli Studi di Trento: 147-168.

Sclavi, Marianella, Buraschi, Daniel, 2022, *Democrazia partecipativa e arte di ascoltare*, Milano, Ascolto Attivo srl.

Scott, James, 2019, *Lo sguardo dello Stato*, Milano, Elèuthera.

Scuola Achille Ardigò, Comune di Bologna, 2021, *Il Progetto culturale della Scuola Achille Ardigò sul Welfare di Comunità*, Bologna, consultabile al seguente sito https://scuola-ardigo.comune.bologna.it/wp-content/uploads/2022/06/documentoconclusivotriennioscuolaardigo_1.pdf (ultimo accesso 29.10.2025).

Sen, Amartya, 2001, *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia*, Milano, Mondadori.

Seppilli, Tullio, 1959, «Il contributo dell'antropologia culturale alla educazione sanitaria», *L'Educazione Sanitaria*, 4(3-4): 325-340.

Severi, Ivan, Landi, Nicoletta (a cura di), 2016, *Going Public. Percorsi di antropologia pubblica in Italia*, Bologna, CIS - Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna.

Shore, Cris, Wright, Susan, 2023, «Understanding Power and Politics. The Continuing Relevance of the Anthropology of Policy», *Rivista di antropologia contemporanea*, 2/2023: 251-262.

Silva, Joana Azevedo da, Dalmaso, Ana Sílvia Whitaker, 2002, *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

Silverstein, Michael, 2011, «Comments on Deeb and Marcus In the Green Room, Flushed with Para-Sit[e]ic Anticipation», *Political and Legal Anthropology Review*, 34(1): 77-80.

Singer, Merrill, Clair, Scott, 2003, «Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context», *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4): 423-444.

Stame, Nicoletta, 2007, «Introduzione», in Stame (a cura di), *Classici della valutazione*, Milano, Franco Angeli.

Stefani, Silvia, 2022, «Società in cantiere. Note etnografiche su due processi partecipativi di costruzione delle politiche sociali», in Rimoldi, Luca, Pozzi, Giacomo (a cura di), *Pensare un'antropologia del welfare*, Milano, Meltemi: 233-262.

Stefani, Silvia, 2025, «Favela e “mondo G”. Geografie urbane di genere a Rio de Janeiro», *Antropologia Pubblica*, 11(1): 67-93.

- Subirats, Joan, 2016, *El poder de lo próximo. Las virtudes del municipalismo*, Catarata.
- Tarabusi, Federica, Zinn, Dorothy, 2023, «Aprire la finestra delle politiche: sfide e prospettive della ricerca antropologica rivolta alla policy», *Rivista di Antropologia Contemporanea*, 2: 223-250.
- Tate, Winifred, 2020, «Anthropology of Policy: Tensions, Temporalities, Possibilities», *Annual Review of Anthropology*, 49: 83-99.
- The Care Collective, 2021, *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*, Roma, Alegre, ed. or., 2020, *The Care Manifesto*, Verso.
- Torre, André, Gallaud, Deplhine, 2022, «Introduction: proximity relations in the 21st century», in Torre, André, Gallaud, Deplhine (a cura di), *Handbook of proximity relations*, Cheltenham-Northampton, Edward Elgar Publishing: 1-48.
- Tosi, Antonio, 1994, *Abitanti. Le nuove strategie dell'azione abitativa*, Bologna, Il Mulino.
- Tosi Cambini, Sabrina, 2022, «“Ci dovrebbe essere qualcuno che lo fa di lavoro”. Pratiche per la vita vs Razionalità burocratica», in Rimoldi, Luca, Pozzi, Giacomo (a cura di), 2022, *Pensare un'antropologia del welfare*, Milano, Meltemi: 183-206.
- Tronto, Joan, 2013, *Caring Democracy: Markets, Equality, Justice*, New York, New York University Press.
- Urban@it, Centro nazionale di studi per le politiche urbane, 2017, «L'ambiguità dell'innovazione sociale nel “welfare”», *Secondo Rapporto sulle città. Le agende urbane delle città italiane*, Bologna, Il Mulino: 197-212.
- Urban@it, Centro nazionale di studi per le politiche urbane, 2023, «Pnrr e città. Bologna», *Nono Rapporto sulle città. Le città e i territori del Pnrr. Attori, processi, politiche*, Bologna, Il Mulino: 93-106.
- Vallerani, Sara, 2022, «Riflessioni sociologiche su un rapporto in bilico. Salute e Pnrr tra pulsioni conservatrici e istanze trasformative», *Autonomie locali e servizi sociali*, 45(2): 255-272.
- Van Iseghem, Tijs, Jacobs, Ilka, Vanden Bossche, Dorien, Delobelle, Peter, Willems, Sara, Masquillier, Caroline, Decat, Pater, 2023, «The role of community health workers in primary

healthcare in the WHO-EU region: a scoping review», *International Journal for Equity in Health*, 22(134).

Vasconcelos, Eymard Mourão, Vasconcelos, Marcos Oliveira Dias, Silva, Marisia Oliveira, 2016, «A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil», in *Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio*, Rio de Janeiro, EPSJV.

Vinai, Manuela, 2024, «Dentro, vicino, lontano: posture possibili di un'antropologia del welfare», in Gallotti, Cecilia, Tarabusi, Federica (a cura di), 2024, *Antropologia e servizi. Intersezioni etnografiche fra ricerca e applicazione*, Milano, Ledizioni: 275-292.

Vissio, Gabriele, 2019, «Processi istituenti. Lo sviluppo di comunità e il mondo associativo», in Zamengo, Federico (a cura di), *Senso e prospettive del lavoro di comunità. Sguardi interdisciplinari attraverso le voci del territorio*, Milano, Franco Angeli: 73-84.

Wallerstein, Nina, Bernstein, Edward, 1994, «Introduction to community empowerment, participatory education, and health», *Health Education Quarterly*, 21(2): 141–148.

World Health Organization (WHO), 1946, *Constitution of the World Health Organization*, Geneva.

WHO, 1978, *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, URSS, Geneva, World Health Organization.

WHO, 1986, *Ottawa Charter for health promotion*, Ottawa, World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association.

WHO, 2008, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, disponibile al seguente link: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf (ultimo accesso 22.06.2025).

WHO, 2018, *WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*, Geneva, 2018.

Wright, John, Williams, Rhys, Wilkinson, John R., 1998, «Development and importance of health needs assessment», *British Medical Journal*, 316(7140): 1310-1313.

Zanella, Riccardo, 2022, *La Sanità di Prossimità*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.

Zanini, Roberta Clara, 2019, «Comunità a geometria variabile. Un percorso tra antropologia alpina e dei servizi», in Zamengo, Federico (a cura di), *Senso e prospettive del lavoro di comunità. Sguardi interdisciplinari attraverso le voci del territorio*, Milano, Franco Angeli: 41-56.

Zanini, Roberta Clara, 2024, «Sperimentare l'antropologia "nell'anticamera" dei servizi sanitari», in Gallotti, Cecilia, Tarabusi, Federica (a cura di), 2024, *Antropologia e servizi. Intersezioni etnografiche fra ricerca e applicazione*, Milano, Ledizioni: 147-174.

Zimmerman, Marc, 2000, «Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis», in Rappaport, Seidman (a cura di), *Handbook of community psychology*, New York, Kluwer Academic Publishers: 43–63.

Zulu, Joseph, Perry, Henry, 2021, «Community health workers at the dawn of a new era», *Health Research Policy System*, 19 (130).

Abstract

In seguito allo scoppio della pandemia da Covid-19 e alla drammatica inadeguatezza di un sistema di welfare già precedentemente in crisi, si è sviluppato un importante dibattito sui temi della salute e degli interventi territoriali. All'interno di questo movimento, la prossimità, insieme alla partecipazione e all'integrazione, rappresenta una delle chiavi per ristrutturare le reti territoriali di protezione sociale all'insegna di una concezione ampia e profonda della salute, qui intesa secondo il paradigma della promozione della salute. A livello nazionale il rafforzamento dell'assistenza territoriale ha trovato una formulazione programmatica e un sostegno economico in diversi piani e regolamenti, tra cui il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il DM 77/2022 e il Programma Nazionale Metro Plus, che hanno posto una particolare enfasi sui concetti di prossimità e di reti sociali. I molteplici attori che compongono il modello di governance multilivello che caratterizza il contesto italiano, e in particolare le istituzioni pubbliche, sono dunque chiamati a declinare localmente e implementare progressivamente le indicazioni contenute in tali documenti. Il contesto bolognese rappresenta un interessante caso di analisi, in virtù della storia di partecipazione e innovazione sociale che lo caratterizza e di un crescente riferimento alla prossimità già in tempi pre-pandemici. L'idea alla base di questa ricerca è quindi quella di indagare quali sono le forme assunte e le modalità di produzione del processo di assemblaggio generale di normative, retoriche e pratiche legate al tema della salute di prossimità e comunità nel contesto locale della città di Bologna. La prospettiva metodologica adottata è quella etnografica, che permette di indagare in modo prossimo e analitico questo tema, intrecciata alla metodologia della ricerca-azione tesa alla creazione di un potenziale trasformativo della realtà sociale affrontata.

Finanziato dall'Unione europea-Next Generation EU, Missione 4, Componente 2, Investimento 3.3 (D.M. 117/2023) CUP J33C22002010002

