

## I bisogni di salute di una comunità: il punto di vista antropologico

### *The health needs of a community: the anthropological point of view*

Martina Belluto<sup>1</sup>, Martina Consoloni<sup>2</sup>, Marcello Di Pumpo<sup>3</sup>, Sara Fantini<sup>4</sup>, Irene Schenone<sup>5\*</sup>

<sup>1</sup>*Antropologa, Dottorato di ricerca in Antropologia della salute - Università di Ferrara, Azienda USL di Bologna*

<sup>2</sup>*Antropologa, Dottoranda di ricerca in Storie Culture e Politiche del Globale, Università di Bologna*

<sup>3</sup>*Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

<sup>4</sup>*Medica in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche Metaboliche e Neuroscienze, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

<sup>5</sup>*Medica in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova*

*Parole chiave:* bisogni di salute, antropologia medica, partecipazione comunitaria, eco mappa, mappatura partecipata

#### RIASSUNTO

In questo articolo offriamo una riflessione di taglio antropologico sull'analisi dei bisogni di salute delle comunità. A partire da una disamina dei contributi classici dell'antropologia medica e dell'antropologia applicata al campo dell'epidemiologia, consideriamo i bisogni di salute come "fatti biografici e sociali". Evidenziando l'importanza del coinvolgimento delle comunità per la definizione dei loro bisogni e riconoscendo che i bisogni delle persone non sono solo di tipo sanitario, proponiamo di ripensare la "comunità" in un'ottica di promozione della salute. Infine, presentiamo l'ecomappa e la mappatura partecipata, due strumenti per l'analisi dei bisogni di salute che traducono in termini operativi i concetti discussi nell'articolo, mostrando il contributo che l'antropologia può apportare per l'Assistenza Primaria.

\* L'articolo è stato concepito collettivamente dalle autrici e dall'autore. I contributi scientifici discussi in merito ai bisogni di salute (§3) e al concetto di comunità (§4) sono attribuiti a Belluto e Consoloni.

Autore per corrispondenza: [consoloni.marti@gmail.com](mailto:consoloni.marti@gmail.com)

*Key words:* health needs, anthropology of health, community participation, ecomap participatory mapping

## SUMMARY

This article offers an anthropological overview of the analysis of community health needs. Starting with a review of the classical contributions of medical anthropology and anthropology applied to epidemiology, we interpret health needs as “biographical and social facts”. By highlighting the importance of community participation in defining health needs, and recognizing that not all people’s needs are healthcare-related, we suggest to rethink “community” from a health promotion perspective. Finally, we will present “ecomap” and “participatory mapping”, two simple tools that can be used in the analysis of health needs, putting into practice the concepts previously discussed, while showing how anthropology can contribute to Primary Health Care.

## Introduzione

Lo studio dei bisogni di salute è un tema complesso e articolato. I principali approcci teorici e metodologici presenti in letteratura per l’analisi dei bisogni attingono a diverse discipline, tra cui la filosofia, la sociologia, la psicologia, l’economia e la medicina di sanità pubblica. Ma che cosa può dirci l’antropologia a questo proposito?

Nella letteratura di stampo antropologico non esiste una definizione chiara e univoca sul concetto di “bisogno”, né un’affermata teoria di riferimento. Tuttavia, come vedremo nel primo paragrafo, l’antropologia si è largamente occupata di studiare la salute e la malattia da un punto di vista culturale, indagando i significati che questi fenomeni hanno assunto nel corso del tempo e in differenti contesti geografici. Diversi autori si sono inoltre occupati di esplorare i fattori generativi di salute e di malattia, che – come approfondiremo nel secondo paragrafo – in antropologia vengono considerati il risultato di processi storici, economici e sociali.

A partire da queste premesse e avvalendoci della letteratura sui bisogni proveniente da altri ambiti disciplinari, nel terzo paragrafo sviluppiamo una riflessione di taglio antropologico sull’analisi dei bisogni di salute delle comunità. In particolare, ci soffermeremo sul bisogno come “fatto biografico e sociale” (1) e sull’importanza del coinvolgimento delle comunità nella definizione delle proprie necessità in materia di salute. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (2-4) la partecipazione comunitaria rappresenta un requisito fondamentale per dare risposte efficaci ai bisogni di salute della popolazione. A partire dalla Dichiarazione di Alma Ata, infatti, il concetto di “comunità” è divenuto elemento chiave nelle agende politiche e nei programmi sanitari di tutto il mondo. Nel contesto italiano, il suo utilizzo sembra essere ancora in crescita: basti pensare, ad esempio, agli Ospedali “di Comunità” o alla più recente introduzione delle Case “della Comunità” (5). Tuttavia, come alcuni contributi hanno già messo in luce (6-8), nel corso di questi quarant’anni il termine “comunità” è

stato utilizzato con significati molto diversi, tanto da aver ormai perso la sua validità euristica (9). Per queste ragioni, dopo aver approfondito la complessità e la multidimensionalità che le accezioni di “bisogno” possono assumere, nel quarto paragrafo cerchiamo di restituire un significato al concetto di “comunità”, declinandolo entro un approccio volto alla promozione della salute.

Infine, nell'ultimo paragrafo introduciamo l'ecomappa e la mappatura partecipata, due strumenti pratici utili per realizzare un'analisi dei bisogni in un'ottica collettiva e comunitaria, i quali traducono in termini operativi i concetti discussi nell'articolo, mostrando il contributo che le pratiche e i saperi dell'antropologia possono apportare all'Assistenza Primaria.

### **I contributi classici dell'antropologia medica**

L'interesse antropologico per la malattia e per le pratiche di cura può essere rintracciato già nelle ricerche etnografiche realizzate nei primi anni del Novecento, quando l'antropologia si occupava di studiare contesti geograficamente lontani e culturalmente diversi da quello di appartenenza dell'antropologo/a. Sul finire degli anni Settanta, quando l'antropologia medica è divenuta un campo disciplinare a sé stante, non si è più limitata allo studio dei sistemi medici nelle società “altre”, ma ha allargato il suo sguardo anche alla medicina occidentale (10).

Tra i primi e più importanti contributi apportati dall'antropologia medica a questo proposito vi è il riconoscimento della medicina occidentale – in antropologia definita “biomedicina” – come uno tra i diversi sistemi di credenze e di pratiche sulla salute e sulla malattia esistenti. Alla base vi è il presupposto secondo cui tutte le società, inclusa la nostra, nel corso del tempo hanno sviluppato dei sistemi volti a garantire la salute e a prevenire, diagnosticare e curare le malattie. La biomedicina in questo senso è, al pari di altri saperi medici, uno specifico prodotto storico-culturale, e in quanto tale non è da considerarsi come “più scientifica” o “più oggettiva” rispetto ad altre forme di conoscenza (11).

Se è vero che, in un'ottica antropologica, la biomedicina non è “più scientifica” di altri sistemi medici, è altrettanto vero che i suoi livelli di efficacia hanno ormai raggiunto dei risultati considerevoli: in un'epoca di grande espansione della conoscenza e di rilevante successo clinico, lo studio della fisiologia, dei geni e delle molecole ha svelato molti dei misteri del corpo e della malattia. Tuttavia, analizzando la biomedicina da un punto di vista antropologico, è stato possibile osservare come, diversamente da altri sistemi medici, questa sia caratterizzata da una lettura prevalentemente centrata sulle dimensioni biologiche ed individuali della malattia (12). Tale impostazione, derivante dalla tradizione filosofica occidentale – in particolare dal dualismo tra mente/corpo e dall'opposizione tra natura/cultura – può minare l'efficacia terapeutica, poi-

ché occulta alcune dimensioni fondamentali della salute e della malattia.

A questo proposito l'antropologia medica si è a lungo concentrata sulla relazione terapeutica, indagando le cause che conducono alla possibile mancata *compliance* delle pazienti (10). Con l'obiettivo di analizzare il rapporto terapeuta-paziente e i differenti modi di intendere la malattia da parte degli attori coinvolti nel processo di cura, alcuni antropologi hanno sviluppato la nota triade di concetti, conosciuta come "illness/disease/sickness" (13-15). Secondo gli autori, "illness" indica il malessere così per come viene sperimentato dalla persona che lo vive, quindi l'esperienza soggettiva di malattia; "disease", invece, è la definizione biomedica della condizione patologica e si riferisce ai processi biologici della malattia, spogliata dalle sue componenti soggettive; "sickness", infine, identifica la produzione sociale della malattia, ossia i processi sociali che determinano come la condizione di malattia è percepita e affrontata in un dato contesto, incluse le dinamiche istituzionali, politiche e sociali che si esercitano all'interno dei percorsi di cura.

Si prenda ad esempio il caso di una donna di 45 anni che si reca in uno studio medico lamentando un mal di schiena che le rende difficile portare a termine le attività quotidiane. Dopo qualche esame, il professionista sanitario le diagnostica un'ernia discale e prescrive degli antidolorifici, raccomandandole di non fare sforzi fino alla visita successiva. La donna torna a casa, assume gli antidolorifici ma non riesce a stare a riposo perché non c'è nessuno che al posto suo possa prendersi cura di sua madre, una signora di 70 anni che da tempo necessita di assistenza per deambulare. La donna, attenendosi il più possibile alla prescrizione del medico, chiede alla madre di fare a meno di alcuni spostamenti in casa, ma la signora vede così venir meno la sua autonomia. Si innesca così un circolo di frustrazione per entrambe: la madre vorrebbe non pesare sulla figlia, aggravando le sue condizioni di salute; la donna, pur seguendo i consigli del medico, si sente in colpa nei confronti della madre e si sforza il più possibile di aiutarla, a scapito del dolore alla schiena.

Nell'esempio che abbiamo proposto, l'ernia del disco diagnosticata dal medico è la "disease", ossia la malattia dal punto di vista clinico; il mal di schiena che sente la donna, che le impedisce di portare a termine le attività quotidiane e di aiutare la madre, riguarda invece la dimensione della "illness"; con "sickness", infine, si identifica tutto ciò che socialmente è prodotto intorno all'esperienza di malattia, a partire dal carico di cura che ha contribuito a determinarla, passando attraverso il momento in cui la diagnosi e la terapia sono state pronunciate dal medico, fino ad arrivare alla possibilità o meno di ricevere determinate forme di aiuto (ad esempio il riconoscimento sociale, da parte delle istituzioni, della madre come un'anziana non autosufficiente e beneficiaria di supporto assistenziale).

Osservare le diverse interpretazioni che entrano in gioco nei processi di cura mette in

luce come la sofferenza non possa essere efficacemente affrontata se considerata solo come un fenomeno biologico, perché profondamente legata ad un'esperienza intima e soggettiva e, con essa, al contesto sociale, economico, storico e culturale in cui si presenta.

### **Tra antropologia ed epidemiologia**

I contributi dell'antropologia medica che abbiamo brevemente passato in rassegna trovano applicazione anche su una scala più ampia rispetto al setting prettamente clinico e alle dinamiche socio-relazionali insite nei processi di cura: ci riferiamo qui alle aree di ricerca e di intervento dell'epidemiologia (16-18). Un esempio classico di questa applicazione può essere rintracciato nella storia haitiana dell'HIV/AIDS e in particolare nei contributi di Paul Farmer (19), un infettivologo e antropologo statunitense che lavorò ad Haiti negli anni in cui iniziarono a manifestarsi i primi casi di HIV. Nel 1982 negli Stati Uniti vennero descritti 34 casi di persone di origine haitiana positive al virus, portando a classificare le persone haitiane come una specifica categoria di rischio. Questa classificazione, unitamente alla risonanza che i "casi" di contagio ebbero nel Paese, portò importanti ripercussioni in termini di discriminazione e di inasprimento delle diverse fragilità che già riguardavano la popolazione haitiana, negli Stati Uniti così come ad Haiti. Per questo, Farmer si occupò di raccogliere le storie di alcune persone haitiane che avevano contratto l'HIV dalle quali emergeva sistematicamente un collegamento con Port-au-Prince, la capitale del Paese e principale meta del turismo sessuale statunitense. Questo condusse Farmer a riconoscere che i rischi di contrarre la malattia non erano tanto legati a una scorretta educazione sanitaria della popolazione haitiana, quanto alla vulnerabilità alla quale quest'ultima era esposta e che veniva prodotta dai rapporti socio-economici all'interno di un contesto caratterizzato da profonde disuguaglianze sociali. A questo proposito Farmer sviluppò il concetto di "violenza strutturale" (20), riferendosi a quella forma di violenza, solitamente invisibile, che si esercita nella vita delle persone che occupano posizioni marginali nell'organizzazione sociale, e la quale rappresenta il terreno ideale per l'insorgere della malattia (10). In particolare l'autore identificò tre assi che sistematicamente espongono certi gruppi di popolazione piuttosto che altri alla sofferenza: l'asse del genere, l'asse dell'etnicità e, infine, l'asse per cui la violenza strutturale viene letta in termini di differenza culturale, rendendo invisibili le dinamiche che la producono. In altre parole, secondo Farmer la violenza strutturale riguarda tutte quelle patologie che non spiegabili attraverso le differenze biologiche, perché strettamente legate a un'ineguale distribuzione dei fattori di rischio e di protezione per la salute, e che rappresentano dunque il prodotto di disuguaglianze sociali (21). Molti di questi problemi sono stati affrontati dall'epidemiologia indagando i dif-

ferenti fattori di rischio e attraverso la costruzione di modelli che restituiscono la complessità all'origine e nello sviluppo delle malattie. Tuttavia, come abbiamo visto con l'esempio dell'HIV ad Haiti, il "rischio" è immerso in processi storici, sociali e culturali che talvolta rimangono silenti. Come ricorda Minelli (22), vulnerabilità ed esposizione differenziale tendono a collocarsi in ciò che nelle statistiche è definito come imponderabile, perché sfugge al conteggio e non può quindi essere pesato, svelando come il "biologico" e il "sociale" siano in realtà aspetti spesso inscindibili. Da queste consapevolezza deriva la ricchezza di un approccio che combini competenze epidemiologiche e antropologiche: è precisamente in questo solco che è emerso anche il concetto di "sindemia", ideato dall'antropologo Merrill Singer (23) e recentemente tornato all'attenzione in riferimento alla pandemia di Covid-19. L'approccio sindemico, infatti, permette di analizzare i modi in cui interagiscono due o più malattie o altre condizioni di vulnerabilità in una popolazione, prestando particolare attenzione al ruolo che in queste interazioni è giocato dalle disuguaglianze sociali e in salute.

## Una lettura antropologica del concetto di bisogno

La rilevazione e l'analisi dei bisogni di salute rivestono un ruolo fondamentale nell'organizzazione dell'assistenza, perché permettono di programmare gli interventi e di orientare l'allocazione di risorse in modo da far fronte a quei bisogni della popolazione che emergono come "non soddisfatti". Infatti, è proprio a partire dal modo in cui vengono definiti i bisogni umani e da come vengono percepiti dalla collettività che una società struttura possibili soluzioni per rispondervi.

In questo senso può essere utile soffermarsi su cosa si intende con "bisogno" e da quali presupposti culturali sia informata la sua definizione (24). Generalmente, lo scopo principale della raccolta dei bisogni è quello di individuare i nodi problematici, le carenze, gli sprechi e le risorse presenti in un determinato contesto, e successivamente pensare strategicamente a possibili forme di risoluzione (o di valorizzazione) di questi ultimi mediante un servizio, un progetto, un programma d'intervento o una politica. Qualsiasi sistema di cura dovrebbe quindi concentrarsi su una profonda e puntuale analisi dei bisogni della comunità, del/la paziente e dei/lle *caregivers*, così come dei bisogni dei/lle professionisti/e che vi operano.

Tuttavia, definire cosa significhi il concetto di "bisogno" non è un'operazione semplice, e diverse sono state le interpretazioni che storicamente hanno tentato di proporre una lettura esaustiva e onnicomprensiva (1). Il modo in cui sono stati osservati i bisogni ha assunto caratteristiche differenti a seconda dei contesti e degli ambiti di applicazione; molteplici metodologie di valutazione – quantitativo/statistiche, clinico-diagnostiche, indagini multilivello e qualitative – si sono alternate a tentativi più

o meno riusciti di categorizzazione.

Sebbene nelle etnografie il concetto di bisogno risulti ampiamente utilizzato, la questione dell'analisi dei bisogni resta ancora poco approfondita a livello teorico. In primo luogo, è opportuno specificare che in questa sede non tratteremo il bisogno come qualcosa di misurabile o come un problema tecnico decontestualizzato: esplorando i modi in cui le necessità individuali e sociali vengono lette all'interno dei percorsi di presa in carico dei pazienti, emerge la carenza di metodi condivisi di analisi dei bisogni e quanto spesso vengano raccolti come dati oggettivi e quantificabili, "incasellati" all'interno di un linguaggio schematico e burocratico (25). Non di rado i professionisti sanitari si trovano a contatto diretto con profonde difficoltà fisiche, materiali e sociali, per le quali spesso sono possibili esclusivamente percorsi assistenziali standardizzati, dove il lavoro di cura fatica ad approfondire le storie di vita e di malattia. Di seguito proveremo a delineare alcune proposte interpretative che riteniamo utili per sviluppare una lettura del bisogno il più possibile contestualizzata e attenta alle dimensioni materiali, culturali, soggettive ed esistenziali della persona/paziente.

Una prima lettura utile a questo proposito proviene da un politologo, Jonathan Bradshaw (26), il quale si è occupato dello studio dei bisogni dal punto di vista sociale. Bradshaw distingue tra bisogni normativi, percepiti, espressi e comparativi, e successivamente incrocia tra loro queste dimensioni osservandone le possibili varianti: espresso/percepito, percepito/non espresso, non percepito/non espresso e così via. Secondo Bradshaw, i bisogni "normativi" sono le necessità definite in quanto tali dagli esperti o dagli scienziati sociali, poiché definiscono degli standard "misurabili" del bisogno, che generalmente variano a seconda del luogo e del contesto. I bisogni "percepiti" invece corrispondono all'esigenza che è avvertita dalle persone che ne sono direttamente interessate, cioè dal singolo soggetto o da una comunità. I bisogni percepiti possono essere *espressi*, cioè verbalizzati e tradotti in una domanda di assistenza (è a questo tipo di bisogno che generalmente fanno riferimento i servizi per valutare quei bisogni considerati "non soddisfatti"), oppure possono anche rimanere *inespressi*, per volontà, per sfiducia nei confronti del servizio, per timore di condividere il proprio bisogno oppure per mancanza di risorse e/o di conoscenze (per esempio, un bisogno può non essere verbalizzato perché la persona in questione crede di non avere la possibilità di soddisfarlo e pensa sia inutile esprimerlo; oppure perché non sa che per quel bisogno può chiedere assistenza, non essendo a conoscenza di uno specifico servizio). Il bisogno, inoltre, può essere anche *non percepito*, nel momento in cui sussiste un bisogno che il soggetto, a cui tale bisogno è riferito, non riconosce come tale. Infine, Bradshaw tratta anche i bisogni di tipo comparativo, ossia misurati sulla base delle caratteristiche specifiche di una popolazione che riceve un determinato servizio: osservata per studiare individui o aree, solitamente

questa tipologia di bisogni ricade negli studi di tipo epidemiologico o comunitario. Come messo in luce dalla proposta di Bradshaw, anche i bisogni di salute possono andare incontro a ciò che teorizzavano gli antropologi medici discutendo di “illness” e “disease” (§1): così come il setting clinico rappresenta l’arena di incontro e scontro tra diverse rappresentazioni della malattia – quella soggettiva della persona che sperimenta il malessere (“illness”) e quella del personale sanitario che nell’atto clinico si fa portavoce del sapere biomedico (“disease”) –, lo stesso può accadere con l’interpretazione del bisogno. Le problematiche che emergono come rilevanti per le persone assistite, infatti, possono non coincidere con quelle rilevate come tali dai/lle professionisti/e, e la domanda che viene “tradotta” ai servizi può anche non corrispondere al bisogno della persona (27).

La mancata corrispondenza tra bisogno “percepito” e bisogno “rilevato” dal servizio può innanzitutto dipendere dal fatto che questi ultimi sono solitamente dei bisogni “normativi” definiti a priori, piuttosto che da/con le persone a cui tali bisogni sono riferiti. Inoltre, anche in ragione delle procedure e dei tempi burocratici di attivazione di determinati percorsi, i servizi tendono a classificare i bisogni, attribuendoli a categorie predefinite affinché possano andare incontro a rapide risposte. In questa direzione può ad esempio accadere che di fronte a necessità non direttamente “catalogabili” un bisogno specifico non venga preso in carico (si pensi ad esempio alle difficoltà di rilevare e affrontare la condizione di solitudine diffusa tra le persone anziane, la quale spesso è resa manifesta al servizio solo quando si traduce in un problema di non autosufficienza, per il quale sono previste delle forme di accompagnamento). Così facendo, quando i bisogni entrano all’interno del circuito dei servizi, perdono parte della loro complessità. Alcuni autori (28) hanno osservato a tal proposito come la definizione dei bisogni di salute sia strettamente legata alle forme in cui è organizzata (ed erogata) l’assistenza: sono cioè i percorsi attivabili e i criteri di accesso a un determinato servizio che stabiliscono le modalità attraverso cui è possibile esprimere o meno un bisogno, le risorse che possono essere impiegate per rispondervi, le percezioni che le persone hanno sulle possibilità che tale risposta si realizzi e quanto quest’ultima sia ritenuta o meno coerente rispetto al proprio bisogno. Secondo tale lettura, i bisogni di salute potrebbero dunque essere intesi come il prodotto di quei processi che danno forma alla nostra cultura assistenziale.

Tuttavia, nella maggior parte dei casi le dimensioni che compongono i bisogni sono difficili da rilevare perché contraddittorie, confuse o latenti. Le etnografie (29-31) ci raccontano come di fatto le persone, soprattutto quando sono attanagliate dalla sofferenza, spesso facciano fatica a capire che cosa sta accadendo loro e difficilmente abbiano le idee chiare circa le loro necessità. A rendere ancora più evidente la complessità dei bisogni è anche il fatto che le esigenze delle persone non sono sempre

facilmente accessibili o decifrabili, poiché strettamente legate a dimensioni intime ed esperienziali.

Il bisogno di salute di cui la persona è portatrice non è un dato oggettivo e nascosto che aspetta di essere portato alla luce dal professionista sanitario: piuttosto, è precisamente nel loro entrare in relazione (del/la paziente e dei/lle professionisti/e) che può essere costruito un significato per l'esperienza di malattia e una definizione di quel bisogno (8). In questo senso è fondamentale che il bisogno sia esplorato, se non direttamente co-costruito, con i soggetti che lo sperimentano e che sono destinatari degli interventi che vengono messi in campo in risposta.

Per questi motivi, in questa sede proponiamo di trattare i bisogni di salute come “fatti biografici e sociali” (1), ossia come prodotti incorporati dell'esperienza, che prendono corpo e si definiscono secondo i contesti sociali e soggettivi di riferimento. Sono “fatti” perchè rispondono a un regime di complessità: intendiamo dire che nel momento in cui si manifesta il bisogno non è mai solo “uno”, ma è composto dall'insieme delle dimensioni che lo sostanziano; inoltre, non è immutabile, perchè si riferisce a una condizione vissuta che può cambiare rapidamente. I bisogni sono inoltre “biografici” perchè si iscrivono nelle storie familiari e individuali, ed è all'interno di queste storie che mostrano la loro ambivalenza: è ad esempio il caso di una figlia che decide di assistere il padre malato che non riesce a toccare, oppure un uomo anziano, malato di Alzheimer, che litiga con le figlie perchè non accetta la presenza di una badante in casa. Infine, i bisogni sono “sociali”, perchè esito di forze politiche, economiche e culturali incorporate.

## **Comunità e promozione della salute**

Proviamo ora a decentrare lo sguardo e a considerare i bisogni in una prospettiva ancora più ampia, a partire dal dibattito scaturito intorno ai concetti di “prevenzione” e “promozione della salute” (32-34). La prevenzione primaria, solitamente ed erroneamente considerata sinonimo di “promozione della salute”, consiste in un insieme di strategie da implementare prima dell'insorgenza dello stato patologico e improntate ad evitare la comparsa di una malattia; la “promozione della salute” propriamente intesa, invece, è un approccio che va oltre la prevenzione delle cause patogene e che per questo include anche le strategie di “salutogenesi” (35), cioè dirette alla produzione della salute in una sua accezione positiva. In altre parole, la prevenzione primaria, benché si occupi di evitarla, continuerebbe ad avere come suo oggetto di intervento la malattia; la promozione si occuperebbe della invece della salute, intesa come qualcosa di ben diverso dalla mera assenza di malattia.

Prendiamo in considerazione una delle teorie classiche più note a proposito dei bisogni, ovvero la piramide dei bisogni umani sviluppata da Abraham Maslow (36) in

ambito psicologico, suddivisa in cinque differenti livelli, dai bisogni più elementari (fisiologici e di sopravvivenza) ai più complessi (socialità e auto-realizzazione), soddisfatti in modo progressivo in funzione delle esigenze umane. La filosofa Nel Noddings (37) osserva che la teoria di Maslow ci induce erroneamente a pensare che non si possa aspirare a un bisogno che nella scala occupa un livello “superiore” finché non si è soddisfatto quello “inferiore”: ma in realtà, anche quando le persone si trovano costrette a impegnarsi nel soddisfare i bisogni cosiddetti “primari” e così facendo rinunciano a soddisfare altri tipi di bisogno, non per forza non ne avvertiranno la necessità. Immaginiamo ad esempio una persona affetta da una patologia la cui gestione le richieda di trascorrere molto tempo in una struttura sanitaria: probabilmente la sua socialità potrebbe risentirne, ma la necessità di prendersi cura della propria malattia non per forza escluderà che questa persona avverta anche un forte bisogno di socializzazione. Le persone, scrive Noddings, possono benissimo sentire o esprimere simultaneamente bisogni di cibo, di sicurezza, di rispetto e persino di autorealizzazione. Il contributo di Noddings ci porta a riflettere sul fatto che non tutti i bisogni delle persone hanno a che fare con le malattie per come sono intese dalla biomedicina (ossia in quanto “disease”). Per questa ragione, un intervento che si concentra unicamente sui bisogni di salute legati alle malattie, già manifeste o che potranno manifestarsi, è un esempio di strategia preventiva; diversamente, un intervento di promozione della salute riconoscerà le persone in quanto soggetti attivi nel soddisfacimento dei propri bisogni, di cui quelli derivanti dalle malattie rappresentano spesso solo una minima parte (38). Questo secondo approccio non è da considerarsi come in opposizione alle strategie volte ad affrontare i più ampi determinanti sociali che generano salute e malattia, che anzi ne rappresentano una parte imprescindibile: non solo la distribuzione di malattia, ma anche quella di salute è infatti influenzata dai fattori socio-economici, culturali e ambientali. Piuttosto si tratta di riconoscere che il mantenimento della propria salute biologica possa non essere l’unico obiettivo, e nemmeno il più importante, nella vita delle persone, e che i loro modi di agire siano finalizzati anche – e soprattutto – a soddisfare bisogni diversi da quelli prettamente sanitari.

Questo principio si trovava già espresso nella Carta di Ottawa, dove veniva sostenuto che “le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute”. In questa prospettiva, occorrerà dunque tenere conto di quelle risorse che per le persone si rivelano utili per soddisfare i propri bisogni e aumentare il proprio benessere, e quindi anche degli “inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente” (3).

Questo ragionamento può essere utile anche per ripensare il significato di “comunità”. Tradizionalmente la “comunità” è stata definita come un gruppo di persone che condividono un linguaggio, un territorio o una struttura organizzativa, ma a causa

delle trasformazioni sociali derivate dalla globalizzazione e dall'urbanizzazione nella contemporaneità è ormai venuta meno l'idea di gruppi monolitici, omogenei al loro interno e isolati rispetto agli altri (39). Inoltre, in questa prospettiva, ci interessa concentrarci sulle comunità che possiedono un potenziale salutogenico per le persone che ne prendono parte, e quindi, nelle definizioni che ne abbiamo dato sopra, su comunità che dispongono delle risorse che contribuiscono ad aumentare il benessere dei suoi membri, anche al di là di ciò che dal punto di vista della biomedicina è necessario per prevenire o guarire le malattie.

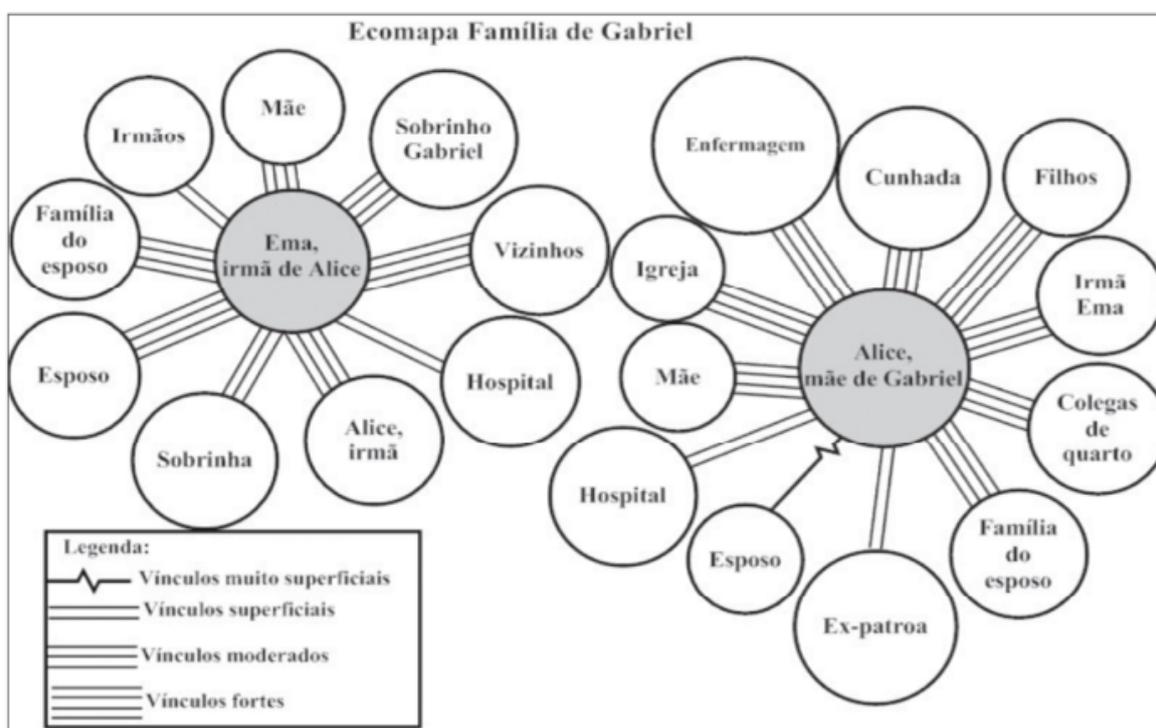
Al fine di cogliere quali siano queste risorse e, di conseguenza, quali siano le comunità che le producono e le mettono in circolo, le competenze antropologiche possono essere estremamente efficaci perché permettono di adottare uno sguardo che guarda al contesto e ai significati che al suo interno vengono attribuiti a determinate pratiche (come, ad esempio, frequentare uno spazio di aggregazione informale o portare avanti un'attività sportiva o di volontariato). In altre parole: se riconosciamo che la salute e la malattia non sono soltanto entità biologiche oggettive, ma fenomeni complessi alla cui definizione contribuiscono direttamente i soggetti assegnando significati e mettendo in campo delle pratiche, esplorare significati di queste pratiche all'interno di specifici contesti sarà fondamentale anche per un'analisi dei bisogni di salute condotta in un'ottica di promozione della salute.

### **La mappatura partecipata e l'ecomappa: due strumenti per indagare i bisogni dei singoli e delle comunità**

Dopo aver approfondito i concetti di "bisogno", di "comunità" e di "promozione della salute" così come vengono intesi nell'ambito delle politiche pubbliche e dei servizi sociali e sanitari, possiamo ora chiederci di quali strumenti dotarci per indagare i bisogni di salute delle persone in una prospettiva costruttiva e condivisa. Come abbiamo visto, sia per quanto riguarda i singoli che le comunità è fondamentale lavorare sui significati che i bisogni assumono per la collettività e nelle diverse traiettorie biografiche. Per poter indagare tali significati è necessario creare le condizioni affinché le persone partecipino attivamente nell'esplorazione delle proprie necessità: infatti, è solo nella relazione (con i/le familiari, con gli/le operatori/operatrici, con amici/le e vicini/e) che si dà voce ad una narrazione condivisibile della nostra esperienza (40). Uno dei tratti caratterizzanti le ricerche partecipative di taglio collaborativo è quello di applicare strumenti pensati per creare spazi di coinvolgimento attivo degli attori coinvolti, ad esempio utilizzando alcune tecniche di cartografia sociale utili alla creazione di mappe mentali o mappe corporee, oppure servendosi di metodologie visuali (*photovoice*, foto-elicitazione) (41-42). In questo paragrafo ci concentreremo su due diverse tecniche di cartografia sociale – l'ecomappa e la mappatura partecipata – en-

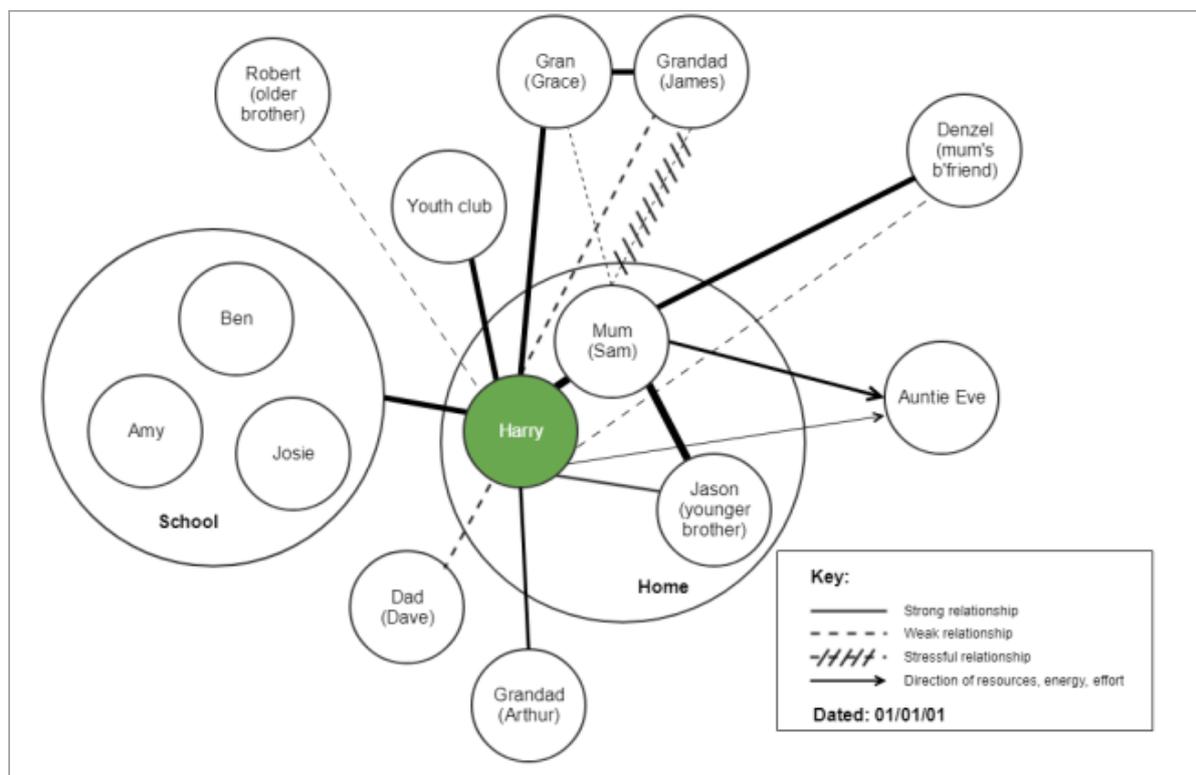
trambe impiegate in alcune esperienze di programmazione locale partecipata intraprese negli ultimi anni dalla Regione Emilia-Romagna con professionisti dei servizi sociali e sanitari e con i cittadini<sup>2</sup>.

L'ecomappa o "mappa relazionale" è uno strumento che permette di raccogliere in modo semplice e rapido diverse informazioni sul contesto di vita del/la paziente (Figure 1 e 2).



Fonte: Di Primio, Schwartz, et. al. "Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer". *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2010; 19(2): 334-342.

Figura 1 - Esempio di ecomappa



Fonte: safeguarding.network

Figura 2 - Esempio di ecomappa

L'obiettivo è quello di superare un'analisi esclusivamente clinica dei casi, mettendo in luce le relazioni significative (familiari, professionali, amicali) per il/la paziente, esaminando poi i rapporti di interdipendenza che esistono tra i diversi sistemi relazionali (43).

A livello pratico, la costruzione dell'ecomappa prevede il coinvolgimento diretto della persona interessata, alla quale si propone di rappresentarsi graficamente all'interno del proprio ambiente di vita e di indicare le relazioni che lo attraversano. Nella mappa vengono indicate sia le relazioni "forti", vale a dire quelle più rilevanti e abituali, sia quelle "deboli", ovvero quelle più marginali e sporadiche. Viene inoltre indicato il tipo di rapporto che lega il soggetto ad altre persone e la tipologia di legame che lo caratterizza (positivo, conflittuale, rottura del legame, etc.). Al suo interno, i contesti relazionali vengono solitamente raffigurati con dei cerchi che rappresentano i territori esistenziali di "attraversamento" del soggetto. Possono ad esempio essere l'ambiente lavorativo, la scuola, i luoghi di culto e di svago, famiglie, gruppi di amici, ecc.

Le rappresentazioni grafiche possono variare a seconda del caso, non c'è un "modello" specifico da seguire; l'importante è che le modalità di rappresentazione usate siano concordate con la persona interessata, in modo che l'ecomappa risulti quanto più possibile chiara e rappresentativa delle sue relazioni. Questo strumento permette

così di raccogliere informazioni sul contesto di vita del soggetto e al contempo di individuare le interazioni tra individuo e ambiente, mettendo in evidenza eventuali problemi familiari oppure situazioni di fragilità, facilitando così la comprensione su possibili risorse o reti di supporto attivabili.

La “mappatura partecipata”, invece, permette di costruire una vera e propria mappa del territorio con il coinvolgimento delle persone che lo abitano, attori significativi, oppure professionisti che lavorano nel luogo, al fine di comprendere le diverse percezioni dei soggetti rispetto al contesto (Figura 3). In questo caso ci riferiamo al territorio come un vero e proprio mondo di relazioni: un “territorio usato”, abitato, agito, attraversato e risultato di un processo storico, oltre che base materiale e sociale delle azioni umane (44). Le mappe partecipate possono essere rappresentative di diversi aspetti oppure prendere in considerazione un solo tema significativo. Possono ad esempio concentrarsi sulla rappresentazione del paesaggio attraverso le memorie storiche dei suoi abitanti, rilevare i luoghi di aggregazione, le risorse esistenti e quelle mancanti, i servizi disponibili e quelli più utilizzati. Possono rappresentare territori estesi, quartieri o anche singoli edifici, piazze o strade.



Fonte: G. Maraviglia

“La mappatura come strumento di partecipazione”, *Rivista di Scienze Sociali. Sociologia, Scienze Giuridiche, Psicologia, Antropologia Culturale*. 2016; vol 16, Paolo Chiozzi (a cura di), Per un atlante delle scienze umane. Disponibile su: [www.rivistadisciencesociali.it](http://www.rivistadisciencesociali.it)

Figura 3 - Progetto fotografico di creative mapping, Fotografia di Fabrizio Bruno

La mappatura può essere condotta con diversi strumenti o metodologie: può essere facilmente realizzata in gruppo su carta usando disegni, fotografie, oggetti, colori, simboli. Può essere anche una mappa sonora, oppure creata in modo digitale con immagini satellitari, con app e gps. La costruzione di mappe di comunità e di mappe emozionali sono tra gli esempi più noti di mappatura partecipata: le prime sono finalizzate alla rappresentazione di un patrimonio collettivo di edifici e luoghi costituiti da tradizioni, usi e costumi, saperi e pratiche culturali di una comunità locale; le seconde sono invece pensate per rappresentare le emozioni dei partecipanti rispetto a un dato spazio o luogo (rabbia, gioia, paura, insicurezza, spensieratezza). L'aspetto più rilevante è il processo, perché induce i partecipanti a produrre significati comuni, a identificare i loro bisogni e a riconoscersi in quanto parte di una comunità.

### **Glossario acronimi**

HIV = Human immunodeficiency virus - Virus dell'immunodeficienza umana

AIDS = Acquired ImmunoDeficiency Syndrome - Sindrome da immunodeficienza acquisita

Covid-19 = Coronavirus disease 2019 – Malattia da Coronavirus 2019

### **Bibliografia**

1. Belluto M. Prendersi cura. Un'analisi antropologica dei bisogni di salute nelle cure intermedie e di prossimità, Tesi di Dottorato, Università di Ferrara, 2021.
2. World Health Organization (WHO). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978.
3. World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for health promotion. Ottawa: World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. 1986
4. World Health Organization (WHO). 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. 2008 Disponibile a: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf) (ultimo accesso 18.07.2022).
5. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, 2021. Disponibile online a: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
6. Popay J. Community engagement and community development and health improvement: A background paper for NICE. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006
7. Draper A K, Hewitt G, Rifkin S. Chasing the dragon: developing indicators for the assessment of community participation in health programmes. *Social science & medicine*. 2010; 71(6): 1102-1109.
8. Consoloni M, Quaranta I. Lockdown dall'alto, comunità dal basso: ripensare la cura in tempo di pandemia, «Civiltà e Religioni»; 2021, n. 7.
9. Amit V, Rapport N. *The Trouble With Community: Anthropological Reflections on Movement, Identity*. Pluto Press (UK); 2002.
10. Quaranta I. *Antropologia medica: i testi fondamentali*. Cortina; 2006.
11. Cozzi D. (a cura di). *Le parole dell'antropologia medica*. Piccolo dizionario. Perugia: Morlacchi Editore; 2012
12. Kleinman A. What is specific to Western medicine? In *Companion encyclopedia of the history of medicine* (pp. 41-49). Routledge; 2013.

13. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*. 1978; 88(2): 251-258.
14. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry (Vol. 3). Univ of California Press; 1980.
15. Good B J, Good M J D. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In *The relevance of social science for medicine*. Springer, Dordrecht. 1981; 165-196.
16. Castiel L D, Sevalho G. Epidemiologia e antropologia médica: a in(ter)disciplinaridade possível. Em Alves P C e Rabelo M C (orgs.), *Antropologia da saúde. Traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/Ed. Fiocruz. 1998; 47-69.
17. Menéndez E L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. 1998; 71-94.
18. Gadelha A M J, Coimbra Jr C E, Stotz E N, Castiel L D et al. Integração entre epidemiologia e antropologia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*; 2000; 6: 689-705.
19. Farmer P. E. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Harvard University; 1990.
20. Farmer P. E. *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor*. Univ of California Press; 2004. Vol 4.
21. Marmot M, Wilkinson R. (Eds.). *Social determinants of health*. Oup Oxford; 2005.
22. Minelli M. Rischio, vulnerabilità, partecipazione. *Anuac*. 2021; 10(1): 241-246.
23. Singer M., Clair S. Syndemics and public health: Reconceptualizing disease in bio-social context. *Medical anthropology quarterly*. 2003; 17(4): 423-441.
24. Hasman A., Hope T., Østerdal L. P. Health care need: Three interpretations. *Journal of applied philosophy*. 2006; 23(2): 145-156.
25. Minelli M, Redini V. Il “caso”, la vita e le sue condizioni: Per una antropologia politica del welfare state in Italia. *Anuac*. 2015; 4(1): 145-169.
26. Bradshaw J.R. “The taxonomy of social need” In: McLachlan G., *Problems and Progress in Medical Care*, Oxford University Press: Oxford; 1972.
27. Balestra G. L., Bodini C., Cacciatore F. “Promuovere salute ed equità. Strumenti e approcci da un’esperienza di microarea”. Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI); 2021. Disponibile online a: <https://csiaps.org/report-di-progetto/>
28. Wright J., Williams, R., & Wilkinson, J. R.. Development and importance of health needs assessment. *Bmj*. 1998; 316(7140): 1310-1313.
29. Mattingly C. *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience*. Cambridge University Press; 1998.
30. Good B. J. *Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Edizioni di Comunità. [ed. or. 1994, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999].
31. Mol A. *The body multiple. Ontology in medical practice*. Durham and London: Duke University Press; 2002.
32. Breslow L. From Disease Prevention to Health Promotion. *JAMA*. 1999;281(11):1030–1033.
33. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cader-nos de saúde pública*. 1999; 15: 701-709.
34. Mendes R., Fernandez, J. C. A., & Sacardo, D. P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde em Debate*. 2016; 40: 190-203.
35. Antonovsky A. *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
36. Maslow A. H. *Motivation and personality*. New York: Harper & Row, 1954.

37. Noddings N. Care ethics and “caring” organizations. *Care ethics and political theory*. 2015; 72-84.
38. Kiefer C. W. *Doing health anthropology: Research methods for community assessment and change*. Springer publishing company, 2006.
39. Bauman Z. *Voglia di comunità*, Roma: Gius. Laterza & Figli Spa; 2001.
40. Quaranta I. “Trabalho de proximidade e cuidados intermediários de um ponto de vista antropológico”. In: Franco T B, Xavier de Mendonça P E , Ribeiro Conceição M, et al, a cura di. *Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2020.
41. Harper D. “Talking about pictures: A case for photo elicitation”. *Visual Studies*. 2002; 17(1): 13-26.
42. Kedia S., & Van Willigen J. (Eds.). *Applied anthropology: Domains of application*. Greenwood Publishing Group; 2005.
43. Crespi I. “Gli strumenti per l’analisi relazionale: dalla Mappa di Todd alla Network Analysis”. In: Carrà Mittini E., *Un’osservazione che progetta. Strumenti per l’Analisi e la Progettazione Relazionale di Interventi nel Sociale*, Milano: Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto; 2008.
44. Santos M. *A Natureza do espaço: Técnica e tempo; Razão e emoção*. São Paulo: Hucitec; 1996.

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno