

La ricerca-formazione-intervento collaborativa in Salute Collettiva: esperienze di frontiera tra università, servizi e territori

Martina Belluto, Ricardo Burg Ceccim, Ardigò Martino¹

Abstract

Negli ultimi vent'anni, i cambiamenti demografici, epidemiologici, culturali e sociali hanno reso necessario ripensare l'organizzazione dei sistemi sanitari, le competenze dei professionisti e la loro formazione. L'esigenza di analizzare le dimensioni soggettive della malattia e l'urgenza di mettere a punto interventi centrati sulle persone nei loro contesti, hanno favorito l'adozione di metodologie di ricerca-intervento mutuati dalle scienze sociali, associate ai quadri teorici delle Cure Primarie di tipo Comprehensive e della Salute Collettiva. Il contributo presenta un'esperienza di ricerca-formazione-intervento italo-brasiliana, multilocale e multisituata, pensata per stimolare studenti di diversi ambiti disciplinari e professionisti sanitari a mettere in campo interventi trasformativi dei servizi e dei percorsi formativi offerti dalle università. Ne emerge quanto la programmazione dei servizi, verticale e standardizzata, risulti ancora lontana dalla soggettività dei singoli territori, un limite che spesso si accompagna alla rigidità dei percorsi formativi universitari. Risulta allora necessario impegnarsi in un continuo "lavoro di scavo" che, forzando i confini istituzionali, miri a modificare le pratiche lavorative e la compartimentalizzazione dei saperi, al fine di ripensare, all'interno dei luoghi stessi della produzione dell'assistenza, interventi prossimi alle persone e ai loro contesti di vita.

In the last twenty years, demographic and epidemiological changes have made it necessary to rethink the organization of health systems, the skills of professionals and their professional education. The need to analyze the subjective dimensions of illness and the necessity to develop interventions people-centered and focused on contexts have encouraged the adoption of research-intervention methodologies borrowed from the social sciences, associated with the theoretical frameworks of Comprehensive Primary Care and Collective Health. This paper presents an Italian-Brazilian, multi-local and multi-situated educational action-research experience, designed to stimulate students from different disciplinary fields and health professionals to implement transformative interventions in health services and university courses. It emerges how much the planning of health services, vertical and standardized, is still far from the subjectivity of the territories. This limit often accompanies the rigidity of university careers. It is then necessary to engage in a continuous "archaeological work" that, forcing institutional boundaries, aims to change working practices and the segmentation of knowledge, in order to rethink, within the very places of the production of care assistance, interventions close to people and their contexts of life.

¹ Il presente articolo è frutto di una discussione collettiva fra gli autori ed è, quindi, il risultato di un lavoro condiviso di analisi ed elaborazione dei temi e dei casi indagati. Nella stesura finale del contributo, i paragrafi sono attribuibili a Belluto (§ 1 e 4), Ceccim (§ 2.1 e 5) e Martino (§2.2 e 3).

Parole chiave: Salute Collettiva; ricerca-formazione-intervento; educazione permanente in salute.

Keywords: Collective Health; educational action-research; permanent health education.

Negli ultimi anni, le reti assistenziali, la ricerca e la formazione in salute si sono sempre più orientate verso pratiche ibride e interdisciplinari. Questo è dovuto a molteplici fattori, quali l'esigenza di rispondere in modo adeguato al progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'incidenza delle patologie croniche, la crescita delle diseguaglianze sociali e sanitarie su scala globale e gli effetti prodotti dalla fase attuale della globalizzazione sull'ambiente fisico e sociale in cui viviamo, così come la pandemia di SARS-CoV-2 ci ha tristemente ricordato (Frenk *et al.*, 2010; WHO, 2013; Horton, 2020).

Il bisogno di analizzare le dimensioni personali, sociali e culturali dell'esperienza di malattia (Barr *et al.*, 2003; Young, 1982) crea non poche difficoltà all'impianto biomedico dei sistemi sanitari, incentrati prevalentemente sulla cura delle dimensioni biologiche e sulle fasi acute delle malattie (Lock, 2010). Da un lato, la natura stessa delle cronicità sposta l'attenzione dalla patologia alle dimensioni percettive e relazionali della salute; lo vediamo ad esempio nel caso di malattie molto invalidanti ed economicamente costose come il diabete, dove il decorso della malattia dipende dalla capacità dell'individuo di modificare le abitudini alimentari e comportamentali, aderire alle terapie che hanno un peso importante sulla qualità della sua esistenza e su quella dei suoi familiari, così come sulle sue relazioni personali. Dall'altro, come il COVID-19 insegna, gli effetti epidemiologici e sociali di questa specifica fase della globalizzazione hanno messo al centro l'importanza delle dimensioni percettive e individuali della malattia anche in relazione al controllo delle acuzie. Alle dimensioni soggettive dell'esperienza di malattia si associano poi condizioni ambientali, materiali e sociali che possono influenzare la possibilità di attenersi a prescrizioni che, seppur comprese, risultano difficili da seguire perché economicamente insostenibili o socialmente stigmatizzate.

Le diverse fasi dell'epidemia di COVID-19 hanno mostrato chiaramente che l'esplorazione metodica di queste prospettive rappresenta una delle sfide più rilevanti per gli attuali sistemi sanitari: è emerso infatti come l'organizzazione dei servizi

e la promozione della salute non possano svilupparsi senza conoscere come – e in che modalità – le biografie siano iscritte nella vita locale e culturale, e quanto queste ultime, a loro volta, influenzino l’esperienza di malattia e le diverse forme di cura. Occorre dunque chiedersi quale possa essere l’apporto trasformativo di saperi e pratiche che, inserite a più livelli all’interno dei meccanismi di produzione della salute, in attività di ricerca e di formazione, provino a rispondere alla necessità di trasferire i servizi sanitari dalla logica della standardizzazione verso una medicina centrata sull’incontro con le persone, le comunità e i loro contesti.

L’intersezione delle scienze sociali e umane con il campo della salute si fa più cruciale, dunque, in un momento in cui si percepisce l’esigenza di affermare una vita sociale “piena” (*bios*) in contrapposizione alla mera vita biologica, la “nuda vita” (*zoé*) di Agamben, come l’autore non manca di sottolineare nella sua controversa lettura della pandemia (Agamben, 1998; 2020). Eppure, gli approcci intersettoriali e interdisciplinari alla salute non sono una novità recente, e affondano le loro radici nella necessità di saper tradurre in politiche – e successivamente in azioni – le conoscenze sviluppate attraverso la ricerca e la pratica biomedica (Taylor e Rieger 1985; Paim e Almeida-Filho, 2014). Ne sono un esempio le esperienze di riforma della medicina portate avanti prima dalla Medicina Sociale europea e Sudamericana, seguite, a partire dagli anni Settanta, dalla nascita della Salute Collettiva brasiliana. Questi movimenti, nel proporre un sapere medico basato non esclusivamente sulle dimensioni biologiche della vita (lo *zoé* di Agamben) ma sulle relazioni esistenti tra individuo, ambiente e società, si fondavano sull’unione di differenti discipline – tra le quali antropologia e sociologia – e si legavano a istituzioni che si occupavano trasversalmente della persona e della salute² (Liborio, 2013).

La complessità che accompagna il campo della Salute Collettiva, a partire dalle sue basi storiche e concettuali, la rendono difficilmente riducibile ad una vera e propria “disciplina” della

2 La Medicina Sociale, così come la Salute Collettiva, intende il concetto di *bios* non in senso bio-molecolare, bensì “vitale”. Secondo questi approcci, la vita in quanto tale esiste solo nella relazione: è quindi vita politica in se stessa, una politica di produzione dell’esistenza come il *bios* di origine greca (la vita liberamente scelta, qualificata, differenzialmente dall’accezione di *zoé*, intesa come vita in quanto tale, “slancio vitale”).

salute: si tratta piuttosto di un «terreno articolato di pratiche» (Paim, Almeida-Filho, 1998), caratterizzato da una forte integrazione di saperi, specialmente per quanto riguarda la messa in pratica degli interventi di salute, i quali si differenziano per la sovrapposizione di diversi strumenti metodologici. Nel suo intento di configurarsi come un terreno di incontro, la Salute Collettiva risulta dunque un insieme di meta conoscenze volto al superamento dei campi disciplinari nella loro formulazione accademica classica. A livello pragmatico si tratta di un tentativo di riunire più professionisti nello stesso spazio di ricerca, guardando alle loro competenze in un'ottica di permeabilità tra diversi settori scientifico-disciplinari e lavorando attraverso strumenti collaborativi che coinvolgono gli utenti e le comunità. Proprio per questi motivi, l'ambito della Salute Collettiva si caratterizza sin dalla nascita per l'adozione di diverse strategie di ricerca-intervento, di ricerca azione e di ricerca partecipativa su base comunitaria, politicamente attive e socialmente impegnate.

Nel campo delle Cure Primarie, adottare l'approccio della Salute Collettiva significa quindi orientarsi in un ambito sperimentale e dinamico, fortemente ancorato alla produzione assistenziale e alla risoluzione dei problemi locali in un'ottica condivisa con i soggetti, non intesi dunque come semplici "destinatari" degli interventi, bensì come veri e propri co-produttori delle azioni di cura.

In questo articolo faremo riferimento alle basi metodologiche della Salute Collettiva, e in particolare alle metodologie di ricerca-formazione-intervento, come una possibile strategia per mettere in campo interventi trasformativi dei servizi e della formazione in salute. Osserveremo in che modo, e attraverso quali forme, la ricerca-formazione-intervento facilita l'emersione delle competenze che provengono direttamente dal campo grazie a un continuo processo di scambio di pratiche, rendendo così possibile qualificare i professionisti nelle loro attività quotidiane e rafforzare la creazione di reti relazionali di assistenza (Martino *et al.*, 2016).

Dopo aver inquadrato il contesto in cui nasce la proposta metodologica della ricerca-formazione-intervento, racconteremo un'esperienza di scambio internazionale italo-brasiliana, multilocale e multisituata, che abbiamo realizzato dal 2014 al 2018 grazie alla collaborazione di due gruppi di ricerca: il primo,

diretto dal Prof. Ceccim e afferente all'Università Federale del Rio Grande do Sul; il secondo, legato al Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna, coordinato dal Dott. Martino.

I due gruppi convergono all'interno di una rete di ricerca internazionale più estesa, che da diversi anni promuove attività di formazione e ricerca nell'ambito dei servizi di Cure Primarie nei rispettivi territori di appartenenza. Il racconto di queste due esperienze permetterà di soffermarci sulle sfide della ricerca collaborativa a partire da alcuni esempi pratici: la descrizione degli ostacoli e delle soluzioni messe in campo non vogliono limitarsi alla descrizione di due casi studio, ma desiderano tracciare delle possibili "piste interpretative" per provare a superare alcuni limiti disciplinari e metodologici che caratterizzano le ricerche collaborative in salute. Difatti, nonostante al giorno d'oggi sia ormai un dato di fatto che esperienze di tipo partecipativo conducano a risultati teorici e pratici degni di nota, la dimensione applicativa della ricerca incontra ancora resistenze, e non di rado ottiene uno scarso riconoscimento. Come vedremo, uno degli ostacoli maggiori riguarda la transdisciplinarietà dei progetti proposti e la conseguente difficoltà di inserimento sia all'interno dei servizi sanitari che nei singoli curricula universitari.

Esperienze di ricerca in Salute Collettiva

Il quadro teorico della ricerca-formazione-intervento

Il sistema sanitario brasiliano (*Sistema Único de Saúde – SUS*) si è sviluppato attraverso il contributo della Salute Collettiva ed è centrato su un modello di Cure Primarie denominato *Atenção Básica à Saúde* e organizzato in team multiprofessionali³. Il SUS si caratterizza per una forte territorializzazione dei servizi – sostenuta da figure dedicate alla prossimità, gli agenti comunitari di salute⁴ – e da meccanismi di partecipazione

3 I principi costituzionali e le linee guida che governano il *Sistema Único de Saúde* (SUS) brasiliano si basano sulla costruzione decentrata del sistema, sull'universalità e sull'equità, sull'umanizzazione, l'integrità e la partecipazione sociale; si fonda inoltre sull'Educazione Permanente (si veda in seguito nota 5), una strategia educativa basata su scambi inter professionali, sulla pianificazione e sulla gestione partecipativa della salute.

4 L'agente comunitario di salute è un professionista, non necessariamente di professione sanitaria, che ha la responsabilità di monitorare, attraverso visite

comunitaria, promossi attraverso l'istituzionalizzazione di un dispositivo consultivo e deliberativo denominato *Controle Social* (Brasil Ministério da Saúde, 2013).

Fin dagli esordi, la riorganizzazione del sistema sanitario si è però scontrata con l'assenza di competenze professionali capaci di accompagnare una trasformazione fondata sul lavoro collaborativo in équipe e in rete: per centrare gli interventi sulla salute della persona, dei gruppi sociali e dei territori, e per gestire prestazioni sanitarie sempre più complesse, sono infatti necessarie competenze professionali miste e metacompetenze. La carenza di professionisti adeguatamente formati per il nuovo contesto di lavoro ha imposto la formulazione di una nuova formazione di base dei professionisti, che fosse multiprofessionale, intersettoriale e partecipativa, un modello che in Brasile è convogliato nella proposta dell'“Educazione Permanente in salute”.

L'Educazione Permanente è stata adottata nei primi anni duemila dal sistema sanitario brasiliano come strategia politica di innovazione organizzativa e di apprendimento, per qualificare la capacità di azione dei lavoratori dell'area della salute e rafforzare le attività di promozione della salute nelle comunità. Alimentata dalla proposta freiriana dell'educazione popolare in salute⁵, la proposta dell'Educazione Permanente si fonda su processi pedagogici che mettono al centro la capacità di autodeterminazione individui e l'affermazione della negoziazione democratica: per queste ragioni, per funzionare deve essere sostenuta da pratiche collaborative tra università, servizi, gestori, decisori politici e comunità. Il concetto di educazione popolare è eredità del pedagogo brasiliano Paulo Freire e rafforza l'integrazione dei saperi comunitari nella formazione, creando una forte base di dialogo con il sapere popolare. Applicata all'ambito della salute, essa cerca non solo di costruire una conoscenza in grado di incidere concretamente

mensili, i nuclei familiari residenti nell'area di sua competenza. L'agente di salute è pensato come una “figura di prossimità”, un mediatore/sentinella tra la comunità e i servizi: organizza attività di assistenza porta a porta e promuove inoltre una maggiore autonomia nell'utilizzo dei farmaci.

5 Il SUS brasiliano ha un ruolo pionieristico sia nella teorizzazione che nell'attuazione dell'Educazione Permanente in salute. Per questi aspetti e per una revisione sistematica della letteratura sull'Educazione Permanente si vedano Vasconcelos, 2004; de Souza e Dias, 2012; Ferreira, Almeida Barbosa et.al, 2019.

sulle condizioni di salute della popolazione, ma di stimolare la partecipazione della popolazione all'interno delle politiche pubbliche (Gomes e Merhy, 2011).

L'approccio politico e sociale dell'Educazione Permanente trova un riscontro pratico nell'immagine del Quadrilatero della Formazione in Salute (Ceccim, Feuerwerker 2004), un concetto che permette di mettere in relazione l'aspetto formativo con le risorse e i saperi di tutti i nessi centrali dei processi di promozione della salute: educazione, gestione, assistenza e partecipazione sociale. L'immagine del Quadrilatero si fonda sull'idea che per riformare i servizi sia necessario prima di tutto rinnovare i processi formativi, e che la gestione dell'educazione sanitaria non possa essere pensata senza una sostanziale integrazione con l'organizzazione sistema sanitario.

Nel corso degli anni, grazie alla spinta teorica e sperimentale dell'Educazione Permanente, la sovrapposizione tra questi differenti livelli di intervento ha portato alla creazione di dispositivi ibridi di gestione del sistema sanitario, quali l'integrazione fra formazione-servizio-comunità (Feuerwerker e Sena, 1999), strategie di «ampliamento comunitario» (Fórum Nacional de Extensão, 2009) e progetti di ricerca specifici per lo sviluppo del SUS (PPSUS) (Brasil Ministério da Saúde, 2007), tutti volti a superare la compartimentalizzazione tra istituzioni sociali, il settore della ricerca/formazione e quello della produzione/promozione della salute. Fra questi, si trovano anche alcuni progetti di cooperazione internazionale incentrati sullo scambio di esperienze di ricerca fra università e servizi di cure primarie in Brasile e all'estero, come quello portato avanti dai nostri gruppi di ricerca.

Con l'obiettivo di mettere in dialogo università e servizi sanitari, negli anni abbiamo provato a mettere in pratica un approccio collaborativo alle cure primarie che abbiamo individuato nella "ricerca-formazione-intervento" (RFI) perché specificamente incentrata sull'incontro tra diversi attori, luoghi sociali e azioni che caratterizzano la promozione della salute.

Il punto di partenza delle nostre riflessioni è stato l'approccio della ricerca-intervento partecipata (Fals-Borda, Anisur-Rahman, 1991), una metodologia consolidata da tempo nel campo delle scienze umane e applicata a diversi ambiti, fra cui quello della salute (Cornwall e Jewkes, 1995; Brydon-Miller, Greenwood e Maguire, 2003). La RFI si situa in quella corrente di pensiero che

individua la conoscenza come un processo “creativo” durante il quale i partecipanti apprendono a produrre un ragionamento su sé stessi attraverso gli strumenti qualitativi della ricerca e, accrescendo la loro consapevolezza, sono in grado di prendere decisioni e modificare comportamenti (Martino *et al.*, 2016).

Nel nostro lavoro di calibrazione metodologica, il primo elemento su cui abbiamo insistito è stato quello di facilitare l’incontro tra la produzione di saperi attraverso pratiche e ricerca. Abbiamo cioè sentito la necessità di accostare le teorie (i saperi “formali”) alle memorie locali (i saperi “esperienziali”), mettendole in dialogo attraverso strumenti di cui sono causa ed effetto, in una cornice prassiologica (Heller, 1984) di educazione, soggettivazione e composizione dei saperi (Ceccim, 2016 B).

Un secondo aspetto centrale ha riguardato invece l’esigenza di riflettere sui presupposti etico-politici della produzione di cambiamento e sul controllo sociale delle trasformazioni, ossia ragionare sulla messa in atto di prassi collettive. Si è quindi cercato di pensare ad uno strumento collaborativo che includesse nel processo tutti gli attori delle pratiche assistenziali – poiché rappresentano coloro che agiscono la trasformazione in concreto –, e che fosse contemporaneamente (e intrinsecamente) partecipativo, inclusivo e democratico, in grado di produrre salute come bene comune in un territorio collettivo, sociale, culturale e politico.

Nel processo di RFI la forza della trasformazione è quindi legata fin dai primi momenti alla capacità di generare un sapere collettivo ed equo: con “equità” ci riferiamo in questo caso alla giustizia sociale e alla possibilità di affermazione della differenza come valore da contrapporre alla standardizzazione, intesa come potenziale strumento di produzione di disegualianza.

La ricerca-formazione-intervento si fonda inoltre su due ulteriori presupposti: la consapevolezza delle relazioni di potere e la ripetibilità delle buone pratiche di ricerca, gestionali ed assistenziali. I processi di trasformazione – siano essi sociali, organizzativi, istituzionali – sono inevitabilmente guidati da un congiunto di forze che ne determinano le traiettorie. Tali forze possono essere il risultato di relazioni di potere diseguali, o diretta espressione di gruppi dominanti che opprimono le istanze di gruppi subalterni, annullandone esperienze e bisogni.

Nella nostra accezione, la ricerca-formazione-intervento rappresenta uno strumento di ri-democratizzazione delle

relazioni nello spazio pubblico, perché include strategie di mediazione del conflitto e di *empowerment* degli attori coinvolti su più livelli. La RFI diventa così un modo per localizzare forme di potere e i processi di produzione della conoscenza nelle sue ricadute applicative. Questo aspetto chiama direttamente in causa la questione della ripetibilità nel tempo di buone pratiche costruite attraverso i processi di RFI, così come la necessità di riconoscere l'unicità dei territori, delle comunità e dei loro bisogni in stretta correlazione con l'organizzazione locale dei servizi.

La soggettivazione delle pratiche generate dalla RFI può sembrare apparentemente conflitto con la riproducibilità e la esportabilità in altri contesti delle strategie costruite durante il processo. Si tratta di un tema ancor più fondamentale in un contesto di ricerca internazionale, in cui gli ambiti di ricerca-formazione-intervento presentano caratteristiche geografiche, sociali, culturali, economiche e perfino linguistiche differenti.

Ci siamo allora chiesti: *come conciliare concretamente delle ricerche che interrogano territori specifici e al contempo riflettono insieme sulla possibilità di produrre un cambiamento?* La risposta a questa domanda ci è arrivata solo con il "fare", durante il percorso: come sottolineano Laura Saija e Katherine Lambert-Pennington nella *call for papers* di questo numero, «il miglior modo di sapere come migliorare il mondo... è *provarci*».

I progetti VER-SUS e UniVerSSI

Nella prima metà degli anni duemila, in concomitanza con l'adozione della strategia di Educazione Permanente, è nato il progetto VER-SUS, "Vedi e Vivi la Realtà del Sistema Sanitario Brasiliano": sorto inizialmente come una sperimentazione studentesca promossa dalla Scuola di Salute Pubblica del Rio Grande do Sul, il progetto si è successivamente esteso a livello nazionale ed è stato sviluppato dal Ministero della Salute Brasiliano come uno strumento di apprendimento che è attivo ancora oggi (Brasil Ministério da Saúde, 2004; Maranhão e Matos, 2018). Il VER-SUS propone momenti di lavoro condiviso tra professionisti sanitari, gestori, giovani studenti e studentesse in formazione, decisori politici e cittadini, ed è fondato sulla stretta associazione tra Educazione Permanente in Salute e gestione dei servizi sanitari.

Il progetto, pensato come un'opportunità utile agli studenti in formazione per confrontarsi con diversi attori e le loro esperienze di salute, nel corso del tempo si è allargato in più direzioni, e ha coinvolto attori sociali appartenenti ad organizzazioni, medici popolari o di medicina tradizionale di realtà urbane e rurali, gruppi sociali emarginati (senz'altro, indigeni, attivisti per le parità di genere). Il VER-SUS è organizzato in forma di stage residenziale rivolto agli studenti di qualsiasi corso di laurea e prevede che un gruppo di ricerca-formazione misto, afferente a diverse discipline, realizzi un periodo di lavoro sul campo in un territorio differente dal quotidiano luogo di residenza o di studio. La permanenza, intensiva e di durata variabile, si concentra sull'analisi del contesto locale, sulle modalità di erogazione dei servizi sanitari ed è finalizzato a favorire il lavoro di squadra e a riflettere sul controllo sociale (Ferla *et.al.*, 2016).

L'obiettivo è quello di creare uno scambio di competenze tra studenti, professionisti e attori comunitari atto a stimolare il confronto sulle criticità presenti e sulle azioni che andrebbero intraprese per una loro risoluzione. Questo confronto continuo assume la definizione di contesto «*educosanitario*» (Franco e Ceccim, 2016): gli studenti non si recano negli uffici, ma nelle sale d'attesa, nelle strade, nelle sedi dei movimenti sociali e nelle case. Non si tratta solo di sensibilizzare i giovani professionisti al lavoro sul territorio, ma di far sì che tutti i soggetti coinvolti – studenti, professionisti dei servizi e comunità – si confrontino per costruire insieme i problemi di salute locali e comprendere come ciascuno degli attori possa essere parte attiva nella loro soluzione. La base metodologica del confronto si realizza mediante la strategia della ricerca-formazione-intervento, nella quale tutti i soggetti coinvolti sono al contempo ricercatori e attori diretti del cambiamento. Il cuore della ricerca-formazione-intervento si situa proprio sulla costante ciclicità di “ricerca – apprendo sul campo – mi formo – metto in atto”, dove l'enfasi è posta su un approccio di tipo *bottom-up*, definito a partire dalle priorità di contesto.

Su esempio del contesto brasiliano, e grazie a diverse riflessioni di scambio internazionale, da alcuni anni anche l'Italia ha cominciato a guardare ai processi di “territorializzazione attiva” come una strategia di promozione e prevenzione della salute. Nel 2014 abbiamo deciso di far dialogare i nostri gruppi di

ricerca, il Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna e il Nucleo di Educazione, Valutazione e Produzione Pedagogica in Salute (EducaSaúde) dell'Università Federale del Rio Grande do Sul, progettando una ricerca congiunta sulla formazione universitaria nell'ambito delle Cure Primarie.

Il nostro interesse era quello di provare ad applicare i principi e le metodologie del VER-SUS anche nel contesto italiano per realizzare progetti permanenti di scambio tra il sistema di formazione universitario e i servizi del territorio⁶. Nel corso delle lezioni universitarie e in seminari di confronto con gli studenti e le studentesse di diverse discipline afferenti all'ambito della salute, era infatti emersa più volte l'esigenza di rafforzare l'aspetto pratico delle conoscenze acquisite in ambito universitario mettendole concretamente alla prova in contesti reali, replicando alcune delle esperienze brasiliane di collaborazione con le comunità.

Come primo passo abbiamo quindi proposto dei momenti di scambio italo-brasiliani, provando ad allargare l'offerta formativa dei percorsi universitari. Studenti e ricercatori italiani si sono quindi recati in Brasile per partecipare agli stage intensivi del VER-SUS, mentre docenti e ricercatori brasiliani hanno preso parte al corrispettivo progetto italiano, nominato UniVerSSi, "Università verso il Sistema Sanitario Italiano". L'idea era quella di mettere a sistema un multiplo scambio di competenze e, attraverso la conoscenza di contesti stranieri, rafforzare l'apprendimento di strumenti collaborativi.

Le attività di scambio, svolte dal 2014 al 2018, hanno coinvolto circa 60 studenti italiani e brasiliani appartenenti a differenti ambiti disciplinari (medicina, infermieristica, fisioterapia, psicologia, servizio sociale, educazione fisica, sociologia, antropologia, giornalismo, farmacia e scienze politiche) e un ampio numero di attori comunitari. Sono state realizzate visite annuali con periodi di permanenza compresi tra i venti

⁶ Nell'esperienza italiana, il progetto ha previsto come orizzonte conoscitivo quello delle Case della Salute, un modello di assistenza territoriale e integrativa adottato dal Ministero della Salute in alcune regioni italiane.

Le Case della Salute sono strutture sanitarie territoriali e polifunzionali che rispondono a esigenze di riorganizzazione assistenziale e rappresentano un punto di riferimento per l'accesso alle cure primarie, per la continuità delle cure e per le azioni di prevenzione e promozione della salute. In Emilia Romagna queste strutture sono attive dal 2010 (DGR 291/2010; Martino, Santoni, Brigida, 2015).

giorni e i sei mesi nel contesto italiano e in quello brasiliano, accompagnate da programmi di formazione specifica all'interno dei servizi sociali e sanitari dei due paesi. In alcuni casi, i gruppi di ricerca hanno optato per uno scambio intensivo di un anno nel quale hanno svolto un tirocinio lavorativo. Tutte le attività venivano progettate e costruite dai gruppi di ricerca in costante confronto con i servizi sanitari del paese ospitante e, a scadenza mensile, venivano organizzate riunioni di confronto fra il gruppo brasiliano (che si trovava in Italia) e quello italiano (che si trovava in Brasile). Con questa prospettiva, abbiamo provato a riflettere sia sulle interazioni multi-locali (università – servizi – comunità) sia sulla valutazione e comparazione multi-situata dei servizi sanitari (Brasile – Italia).

Un elemento ricorrente delle nostre discussioni riguardava l'omogeneità solo apparente dei singoli territori geografici, e di come questi siano popolati, al contrario, da differenti territori esistenziali molto disomogenei. Nell'attuale fase di globalizzazione, gli spazi che attraversiamo quotidianamente possono essere composti da una molteplicità di territori esistenziali che, anche se si muovono fisicamente in luoghi geografici differenti, grazie alle tecnologie della comunicazione contemporanea possono riunirsi in un unico territorio vissuto. Ci riferiamo in questo caso al concetto di «territorio usato» così come viene osservato da Milton Santos, ossia come risultato di un processo storico, e contemporaneamente base materiale e sociale delle azioni umane (Santos *et al.*, 2000).

In uno stesso sito geografico possono essere presenti differenti territori esistenziali, così come uno stesso territorio esistenziale può appartenere a differenti siti geografici: ecco allora che il processo di ricerca-formazione-intervento può costruirsi in diversi luoghi, ma appartenere allo stesso tempo a un unico spazio condiviso di pratiche (tra Brasile e Italia per esempio) (Martino 2019).

Le composizioni possibili tra territori geografici ed esistenziali portano a far emergere costantemente le esperienze soggettive dei ricercatori e degli attori coinvolti. Questa partecipazione dei soggetti in una comunità di pratiche l'abbiamo identificata con il concetto di «circoli in rete» (Ceccim, 2016). I circoli in rete sono spazi di confronto in cui la formulazione di un problema *educosanitario* rappresenta il cuore del meccanismo autoriflessivo degli attori coinvolti e, allo stesso tempo, la rete che

sostiene queste pratiche permette lo scambio delle esperienze salvaguardando le differenze invece di tentare di standardizzarle. La proposta dei circoli in rete allude alla necessità di costruzione collettiva dei saperi e rimanda alla complessità della conoscenza come dato complesso e non ridotto, un sapere collaborativo e non oggettivo, collettivo, multiplo e plurale, che contempra le esperienze e, come vedremo più dettagliatamente in seguito, che comprenda anche un'attitudine a "lasciarsi disorientare" durante il processo.

Disorientarsi, (s)comporre i conflitti e costruire un territorio comune

Così come in Brasile, anche nel contesto italiano i percorsi accademici risentono di una formazione sanitaria settorializzata, incentrata su una visione prevalentemente biomedica e ospedalocentrica, che limita lo sviluppo della conoscenza dell'alterità disciplinare e professionale, dei processi sociali e dei loro effetti sulla salute.

I progetti VER-SUS e UniVerSSi, mettendo in relazione territori esistenziali in luoghi geografici differenti, si sono posti come obiettivo quello di osservare gli elementi comuni e le singolarità dei contesti locali, e gli esiti dell'approssimazione tra territorio, università e sistema sanitario, con una prospettiva di rafforzamento mutuo (Canini, 2016).

I momenti di scambio hanno posto come punto di partenza della ricerca-formazione-intervento una riflessione sul *disorientamento*. In una prospettiva educativa, il disorientamento può essere paragonato all'uscita dalla "comfort zone" tipica dell'apprendimento di tipo andragogico⁷ (Kenyon e Hase, 2010). Se da un lato disorientarsi sul campo mette in crisi la sicurezza data dalla conoscenza del proprio ambito disciplinare o istituzionale e permette di costruire un territorio esistenziale comune (*locus*), dall'altro non ci si può aspettare che lo spaesamento sia esente da rifiuti o da conflitti.

Nella nostra esperienza, il disorientamento dei partecipanti è emerso in diversi momenti, a partire dalla negoziazione delle

⁷ L'andragogia si riferisce a un modello di apprendimento per gli adulti teorizzato dall'educatore Malcom Knowles negli anni Ottanta. L'approccio andragogico si basa sul fatto che l'essere umano è soggetto a continui cambiamenti durante la sua esistenza e che, così come nell'ambito scolastico, anche le dimensioni personali e professionali necessitano di essere arricchite da nuove conoscenze e da costanti processi educativi.

attività con gli attori coinvolti nelle attività di ricerca (studenti, professionisti, cittadini e istituzioni). Una prima difficoltà riguardava la natura stessa del progetto, perché quest'ultimo non rientrava in nessuna tipologia di cooperazione conosciuta fino a quel momento. Alcuni dubbi riguardavano ad esempio lo statuto e il riconoscimento istituzionale delle attività proposte:

In che modo il progetto include università, territorio e servizi?

Cosa faranno gli studenti in pratica?

Come saranno incluse queste attività nei piani di studio?

Come negoziare con i servizi la presenza degli studenti?

Altri interrogativi sono sorti nel corso delle esperienze sul campo, esito dello spaesamento vissuto dagli attori durante la ricerca:

Che cosa sta succedendo?

Perché l'altro non capisce il mio punto di vista?

Perché l'altro non riconosce quello che vedo io?

Come possiamo fare sintesi tra differenti punti di vista?

Come procediamo?

Qual è l'effetto delle nostre azioni?

Altre domande ancora emergevano a fine percorso, nel momento di restituzione dell'esperienza, sia all'interno dei gruppi di ricerca che in occasioni di diffusione esterna:

Chi siamo?

Che identità abbiamo ora?

A che cosa serve quello che abbiamo fatto e come lo raccontiamo?

Per usare pedagogicamente il disorientamento, in tutte le fasi del progetto una grande attenzione è stata riservata alle dimensioni microsociali nei contesti attraversati: in ogni occasione di incontro, la riflessione dei partecipanti si concentrava sulle relazioni di potere e sui campi di forza che agiscono nei diversi contesti a livello "micro", provando successivamente a legare questi aspetti ai processi "macro", nel tentativo di inquadrare gli scenari locali nel più ampio scenario globale (Krieger, 2011). Per questo motivo, ogni incontro è stato mediato da un facilitatore (in un primo momento la facilitazione è stata guidata dai docenti, successivamente dai professionisti e dagli studenti coinvolti),

con lo scopo di problematizzare, rendere evidenti i conflitti, costruire consenso e facilitare così l'emersione di un territorio di senso comune, inclusivo dell'alterità ed attento alla dimensione relazionale. Nel corso dei momenti di confronto, ci chiedevamo ad esempio come immaginare uno spazio comune in cui le singole istanze potessero esistere, avere legittimità e coabitare: *cosa è possibile apprendere dalla posizione dell'altro?*

Nella maggior parte dei casi, questa modalità di procedere ha mostrato come la conflittualità sia strutturalmente generata: non sono tanto gli individui ad essere in conflitto, quanto le istituzioni o territori culturali e sociali a cui appartengono, dal momento che questi si configurano come mondi morali in cui i presupposti specifici di un determinato gruppo vengono dati per universali. Riuscire a far affiorare le dimensioni soggettive al posto della dimensione professionale o dell'istituzione di appartenenza ha arricchito le relazioni tra le persone coinvolte e ha successivamente facilitato la costruzione di ponti tra differenti campi disciplinari e tra le istituzioni stesse. In altre parole, la soggettivazione si è dimostrata un elemento importante per la produzione del «circolo in rete» e del *locus* comune.

L'aspetto soggettivo ha rafforzato la portata strategica della ricerca-formazione-intervento in quanto metodo volto alla conoscenza *per* l'azione piuttosto che alla comprensione, dove grande attenzione è rivolta al processo e non al sapere in quanto tale (Scott e Shore, 1979; Cornwall e Jewkes, 1995). In accordo con l'impostazione prassiologica freiriana (Freire 2003; 2011), l'azione trasformativa è data dall'emancipazione dei soggetti, i quali, nel corso delle riflessioni, acquisiscono autonomia individuale in uno spazio collettivo che diventa al contempo causa ed effetto dei processi democratici di affermazione di libertà e di equità.

Tali caratteristiche risultano particolarmente significative in contesti socio sanitari dove i professionisti, formati principalmente attraverso le categorie tecnico-diagnostiche della medicina, si trovano profondamente rassicurati da risposte misurabili e oggettive, e tendono a subalternizzare i saperi prodotti attraverso metodologie di ricerca non epidemiologiche o biostatistiche, considerando privi di valore i saperi esperienziali. Il disorientamento gioca quindi un ruolo importante nella emersione delle relazioni di potere che sottendono i saperi disciplinari e gerarchizzano i ruoli professionali. L'attenzione dei

ricercatori al lavoro nei servizi si è così rivolta con insistenza all'esame degli itinerari di cura per produrre un'assistenza centrata sulle persone e sui luoghi di vita. In questo caso, l'apporto del sapere antropologico è stato centrale per mettere al centro la co-costruzione dell'esperienza, un'azione che passa non solo attraverso la comprensione del significato dell'altro, bensì tramite la sua legittimità nel raccontarsi in una relazione intersoggettiva qualificante (Early, 1982; Lars-Christer, 1997; Mattingly e Garro, 2000).

Il disorientamento dei ricercatori e degli studenti nel corso dell'esperienza sul campo ha parallelamente attuato, all'interno dei servizi, un "decentramento" dell'autorità terapeutica ed una democratizzazione dei processi di cura. La presenza di studenti provenienti da altri contesti ha dapprima creato una tensione nelle reti assistenziali, perché hanno rivolto ai professionisti al lavoro nei servizi domande che essi inizialmente non ritenevano importanti per la loro pratica assistenziale, ma che in seguito hanno rivalutato. Gli studenti brasiliani hanno ad esempio chiesto agli operatori italiani perché le relazioni di cura venissero prestabilite solo dal medico e non fossero invece costruite in modo partecipativo con gli utenti e con altri professionisti; oppure hanno proposto di organizzare all'interno degli ambulatori riunioni d'équipe multidisciplinari e di applicare alcuni strumenti di mappatura che vengono utilizzati dalle équipe di cure primarie nel contesto brasiliano.

Queste esperienze sono state di grande ispirazione all'ambito sanitario perché si sono radicate su modalità differenti di pensare l'efficacia terapeutica e hanno stimolato il dialogo su temi che classicamente sono considerati appannaggio esclusivo di uno specifico campo disciplinare: è questo percorso dialogico che, infine, rappresenta il cuore della produzione di rafforzamento delle reti di cura.

In questa direzione, la nostra idea di ricerca-formazione-intervento rappresenta già un dispositivo di disorientamento perché, pur qualificandosi come scientifica – prodotta cioè attraverso l'apporto del sapere accademico – crea discontinuità con la ricerca classica in campo sanitario. Focalizzandosi più sui processi che sugli esiti, la RFI si propone come un dispositivo di valutazione, pianificazione, di formazione dei professionisti e di gestione dei servizi sanitari, problematizzando al contempo

l'uso esclusivo di metodologie e dati quantitativi. Essa mette cioè in crisi la gestione aziendalistica e manageriale, perché non si preoccupa della scoperta di nuove conoscenze oggettive, standardizzate e "protocollate", ma insinua il dubbio e induce a continue domande di senso; non solo affida la produzione di conoscenze agli attori coinvolti, ma colloca l'esperienza stessa come tema, oggetto e risultato della ricerca.

Nel corso delle esperienze di scambio, il lavoro autoriflessivo dei gruppi di ricerca si è dotato di una cassetta degli attrezzi composta da strumenti mutuati dall'antropologia e dalla ricerca sociale, come l'osservazione partecipante e il diario di campo etnografico (Allen, 2010). Abbiamo cercato cioè di procedere attraverso la realizzazione di una «etnografia collaborativa» dei servizi sociali e sanitari (Lassiter, 2005A; 2005B; Rappaport, 2008) realizzata grazie alla scrittura di un diario di campo condiviso, scritto contemporaneamente dai diversi ricercatori sul campo (Raguzzoni *et al.*, 2018). Altri strumenti utilizzati dai gruppi di ricerca dentro i servizi di salute e con i pazienti sono state le mappe: mappe sociali, mappe corporali o ecomappe (Cornwall e Jewkes, 1995) sono servite per riflettere sui contesti sociali e sulle percezioni soggettive dei processi di salute e malattia.

Accanto alle mappe, sono state introdotte anche specifiche tecniche di analisi di processo come il flussogramma analizzatore, uno strumento sviluppato nel contesto brasiliano (Franco e Mehry, 2013). Il flussogramma, strumento largamente usato in informatica per descrivere flussi e azioni complesse, è stato ad esempio applicato dagli studenti all'interno delle riunioni d'équipe di cure primarie per analizzare processi e discutere casi clinici. Il flussogramma focalizza l'attenzione sulle domande che precedono le azioni o sugli interventi realizzati in un determinato percorso di cura, mettendo in luce le decisioni compiute dai soggetti e le reti coinvolte; nel lavoro di gruppo, aiuta a rafforzare il dialogo su alcuni temi che difficilmente riuscirebbero a emergere (incorporazione, cultura, sofferenza sociale, violenza strutturale), rendendoli così parte integrante del processo interpretativo della salute.

Ostacoli educosanitari della ricerca-formazione-intervento

Nell'ambito della cooperazione internazionale e accademica, è ormai risaputo che qualsiasi tentativo di uscire da percorsi

istituzionali prestabiliti incontrerà resistenze e limiti applicativi. Quando poi una proposta progettuale si basa su metodi e tempi che rendono esplicita l'elasticità dei confini disciplinari e degli ambiti di intervento, si trasforma in una vera e propria sfida alla complessità.

Negli anni di collaborazione tra VER-SUS e UniVerSSi, l'università è emersa come un territorio sociale ed esistenziale irto di barriere e confini. Lo spazio accademico è intrinsecamente fondato su logiche strutturali pervasive e da campi disciplinari che mancano di dialogo, quando non sono in esplicito conflitto fra loro.

Sin dalla nascita, i due progetti sono nati come un punto di rottura con la compartimentalizzazione dei percorsi formativi universitari e come un tentativo di messa in discussione delle rigide burocrazie accademiche. Sul versante della formazione, l'incontro con l'eterogeneità degli attori presenti nel campo della salute ha creato fin da subito un problema relativo alla validazione e al riconoscimento del percorso di ricerca intrapreso dagli studenti e dalle studentesse. La mancanza di tutor o di supervisori di una determinata disciplina ha impedito più volte a progetti di scambio come UniVerSSi di essere riconosciuti come tirocini. Non di rado, ci siamo sentiti ripetere che non esistono, perlomeno nel contesto italiano, crediti erogabili per attività di ricerca-formazione-intervento realizzate in contesti "fluidi", a metà tra il territorio e i servizi. Tuttavia, gli ostacoli non si sono limitati al solo aspetto formativo: per quanto riguarda la ricerca e lo statuto di scientificità richiesto dalle singole discipline, prodotti e metodologie ibridi sono stati rifiutati da riviste scientifiche perché considerati poco accademici, e spesso con la giustificazione di trovare difficoltà nel reperire revisori in grado di valutare l'interdisciplinarietà dei risultati ottenuti. Questo è capitato, ad esempio, nei casi in cui abbiamo proposto articoli scritti da più autori, alcuni afferenti all'ambito medico e altri a quello antropologico. Le problematiche educativo/sanitarie non sono cliniche, biologiche, sociologiche, psicologiche o antropologiche, ma si riferiscono alle costruzioni cognitive e affettive del pensiero, alle sue forme di apprendimento; i limiti non precedono il percorso, ma emergono nel corso del processo (Ceccim, 2016).

Un altro aspetto critico incontrato durante le occasioni di scambio ha avuto a che fare con il disorientamento degli attori

precedentemente descritto, un senso di “spaesamento” che si verifica nel momento in cui si incontrano diversi soggetti sul campo. Tale spaesamento è tipico del campo della salute – un ambito composito e attraversato da ambivalenze costanti – ma non è invece caratteristico dei servizi, i quali, nel tentativo di rispondere ai bisogni emergenti, tentano continuamente di “incasellare” possibili soluzioni. Di fronte all’esigenza di una pronta risposta, il disorientamento viene per lo più vissuto come un ostacolo piuttosto che uno strumento pedagogico: forzare i differenti attori presenti a mettere in rete le loro competenze in uno spazio comune, insistendo sulla necessità di armonizzare linguaggi, strumenti, obiettivi e posizionamenti, può condurre a conflitti e resistenze.

Il disorientamento diventa allora il nodo critico della nostra proposta di ricerca-formazione-intervento *educosanitaria*: l’immagine del Quadrilatero della Formazione in Salute ci fa comprendere come il mondo dell’educazione, della gestione, dell’assistenza e partecipazione sociale sono destinati a produrre *costantemente* spaesamenti e sconfinamenti rispetto agli aspetti etici, tecnologici e organizzativi della salute, i quali, lungi dall’essere elementi statici, hanno necessità di modificarsi a partire proprio dai processi di educazione permanente in salute e dalla produzione di collettivo che ne consegue (Ceccim e Feuerwerker, 2004).

Il disorientamento è dunque una delle questioni centrali riguardo la difficoltà di rendere operativo il binomio utente-rete di servizi: questo perché le strategie di assistenza sul territorio non sono applicazioni statiche di linee di indirizzo preconfezionate, ma producono degli incontri con una molteplicità di attori (siano essi pazienti, gruppi sociali, famiglie, comunità, lavoratori, professionisti o studenti). Questi attori fanno riferimento a saperi, orizzonti simbolici, territori geografici ed esistenziali, a valori e logiche dell’assistenza molto differenti e non standardizzabili. Il confronto intersettoriale è un percorso di decostruzione molto profondo in termini di valori e di pratiche lavorative: richiede abilità nella mediazione dei conflitti e un posizionamento etico-politico che demarchi la volontà di co-costruzione di un senso comune.

I servizi sono pervasi da logiche protocollari, da linee guida e da continue richieste di efficienza, risultati che sembrano essere raggiungibili solo mediante l’uso di alte tecnologie e la divisione

costante delle mansioni. Eppure, è proprio questa frammentazione dei percorsi di cura che grava sulla struttura generale dei sistemi sanitari, alimentando la percezione che i servizi siano spesso lontani da bisogni concreti. Si ritrova dunque un parallelismo tra la frammentazione dei servizi e quella disciplinare: entrambe sembrano affrontare le stesse problematiche sulle differenze di obiettivi, di ricadute e di efficacia.

Un'ulteriore dimensione emersa dalle esperienze sul campo nei differenti contesti è stata la difficoltà di unire l'identità professionale alla dimensione partecipativa e comunitaria. In breve, quando i professionisti e i ricercatori si trovavano nel contesto delimitato al servizio di salute, le risposte ai problemi assistenziali e organizzativi provenivano prontamente dalla dimensione professionale o, nel caso degli studenti/ricercatori, dalla dimensione disciplinare (anche se chiaramente con differenze relative alla formazione, al posizionamento e ai valori personali di ognuno). Quando invece la cornice era comunitaria, o al centro della scena si trovavano direttamente i cittadini a confronto, allora le conoscenze disciplinari e monoprofessionali mostravano i loro limiti: è in questo momento che i soggetti (professionisti o studenti/ricercatori) hanno cominciato a rispondere alla complessità mettendo in gioco le loro soggettività, scontrandosi anche con l'impreparazione nel gestire tali situazioni. Colmare tale "lontananza" è stata d'altronde il punto di partenza del processo di Educazione Permanente in salute e di ricerca collaborativa promosse dai progetti VER-SUS e UniVerSSi, con una doppia valenza: in primo luogo, l'apprendimento avviene direttamente sul contesto e consente di agire nel luogo stesso di produzione dell'assistenza; parallelamente, esso è orientato ad arricchire l'essenza umana in ogni fase della sua esistenza mediante una riflessione critica, a partire dalla messa in discussione del proprio lavoro quotidiano e in vista di un cambiamento attivo (Freire, 2011).

La proposta del *matriciamento* come pratica collaborativa interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale

Infine, uno strumento interessante per organizzare il lavoro collaborativo in salute che è stato sperimentato da ricercatori e professionisti nei servizi sanitari, proviene dalla proposta brasiliana del *matriciamento* ("intersecamento"), una

modalità di supporto/sostegno tecnico-pedagogica basata sulla collaborazione di due o più gruppi multiprofessionali che forniscono assistenza sanitaria e territoriale (dos Santos e Uchôa-Figueiredo *et al.*, 2017). Il *matriciamento*, formulato da Gastão Wagner Campos (1999), ha reso possibile in Brasile una forte collaborazione tra salute mentale e cure primarie con la possibilità di realizzare un lavoro assistenziale più risolutivo e mirato all'integrazione tra diverse specialità e professioni (Brasil Ministério da Saúde, 2011). I servizi sanitari e le pratiche assistenziali sono organizzati in modo frammentato e gerarchico, cosicché tendenzialmente si differenzia chi accoglie, chi monitora longitudinalmente, chi fa la diagnosi e chi prescrive la terapia. Spesso, chi decide e prescrive non ha a disposizione informazioni sufficienti per realizzare un percorso terapeutico che tenga conto anche della narrazione della sofferenza del paziente. Per questo motivo è essenziale il lavoro d'équipe: solo raccogliendo insieme da differenti prospettive le complesse dimensioni della malattia è possibile tradurre la narrazione dell'afflizione e il bisogno sociale in un "progetto terapeutico unico" e non in "un'ulteriore prescrizione medica".

La proposta del *matriciamento* è stata in seguito estesa dal Ministero della Salute brasiliano anche ad altri ambiti d'intervento, comprese le Cure Primarie (in Brasile *Estratégia Saúde da Família*). Nel lavoro quotidiano, il *matriciamento* assume la forma di un aiuto costante, ma all'occorrenza: un gruppo di supporto specialistico e multiprofessionale, formato da professionisti specializzati, trasferisce conoscenze e supporto terapeutico alle équipe di Cure Primarie (in Brasile formata da un medico di base o uno specialista della salute della famiglia o di comunità, un infermiere, un tecnico infermieristico e un agente comunitario) nella gestione dei pazienti con esigenze specialistiche, o più in generale ogni qualvolta sia ravvisata la necessità di un intervento clinico esteso. È interessante osservare come il dialogo fra questi gruppi sembri ricalcare, nella maggior parte dei casi, il rapporto che sussiste nella formazione tra saperi disciplinari specialistici e l'ambito più generale della salute. Nei team di *matriciamento* vi possono infatti partecipare differenti professionisti afferenti a specialità sia di area medico/sanitaria, sia di altri ambiti disciplinari (principalmente antropologia, pedagogia, educazione fisica, arte e veterinaria).

«Per Chiaverini (2011), il processo di salute-malattia-cura non è né monopolio né uno strumento esclusivo di alcuna specialità, poiché appartiene all'intero campo della salute. Ciò rende il *matriciamento* un processo di lavoro interdisciplinare per natura, con pratiche che implicano lo scambio e la costruzione di conoscenze. [...] Oltre al biologico, la clinica ampliata punta ad una prospettiva di trasformazione dell'assistenza individuale e collettiva, che consente agli operatori sanitari di comprendere e lavorare su altri aspetti del soggetto» (dos Santos, Uchôa-Figueiredo et al. 2017: 695, *trad. nostra*).

Dall'esempio brasiliano del *matriciamento* e delle pratiche in Salute Collettiva alcuni punti dovrebbero interessare molto da vicino i campi disciplinari accademici, in primo luogo l'obiettivo riconoscimento del dialogo interdisciplinare. Nell'esperienza italiana di UniVerSSI ad esempio, professori e studenti mostravano sicurezza nell'argomentare quali dovevano essere i contenuti che la loro disciplina avrebbe affrontato durante lo stage, mentre erano molto meno certi di quali fossero gli argomenti utili da offrire ad altri campi del sapere. Domande come "quali nozioni antropologiche dovrebbe conoscere uno studente di medicina?" e "quali conoscenze medico-sanitarie dovrebbe invece apprendere un antropologo?", rappresentano lo specchio dentro il quale le discipline possono pensare possibili soluzioni per costruire un percorso di qualità in termini di soddisfazione di bisogni complessi e di conoscenze transdisciplinari. Il *matriciamento*, come strategia di supporto a gruppi di intervento attivi sul territorio e nei servizi di salute, può essere dunque letto anche come una vera e propria proposta pedagogica a sostegno della formazione intra e interprofessionale: associato a forme di ricerca-formazione-intervento può aiutare a problematizzare il lavoro quotidiano e a far emergere gli aspetti controversi delle pratiche assistenziali, per poter costruire contesti di cura collettivi, integrati e sempre più collaborativi.

Bibliografia

Abadía-Barrero C.E, Bugbee M. (2019). «Primary Health Care for Universal Health Coverage? Contributions for a Critical Anthropological Agenda». *Medical Anthropology*, Routledge: 2-9.

Agamben G. (1998). *Homo sacer: Sovereign power and bare life*. Stanford: Stanford University Press.

Agamben G. (2020). «L'invenzione di un'epidemia». *Quodlibet*, disponibile su: <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia> (consultato il 01/12/2020).

Allen D. (2010). «Fieldwork and participant observation». In: Bourgeault I., Dingwall R., De Vries R. *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research*, SAGE Publications Ltd, 353-372.

Barr V. J., et al. (2003). «The expanded chronic care model», *Hosp Q*, 7.1: 73-82.

Brasil Ministério da Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde (2004). *VER-SuS Brasil: Caderno de Textos*. Brasília: MS.

Brasil Ministério da Saúde (2007). «Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento». Disponível su: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf

Brasil Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (2007). «Atuação do Ministério da Saúde em Ciência e Tecnologia». *Rev. Saúde Pública*, 41(3): 484-486.

Brasil Ministério da Saúde (2011). *Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Disponível su: www.unisite.ms.gov.br.

Brasil Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (2013). *Para entender o Controle Social na Saúde, Ministério da Saúde*. Brasília: MS.

Brydon-Miller M., Greenwood D., Maguire P. (2003). «Why Action Research?». *Action Research*, 1(1):9-28. Doi:10.1177/14767503030011002

Campos G.W.S. (1999). «Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde». *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 4(2): 393-403.

Canini A. (2016). «Do VER-SUS para o Universsi: uma experiência de formação conjunta entre Brasil e Itália». In: Ferla A.A., et.al.

(a cura di). *Ser, fazer, compor VER-SUS: redes de afetos e conhecimentos*. Porto Alegre: Rede Unida [Cadernos de Saúde Coletiva 6, VER-SUS 1], 33-35.

Ceccim R.B., Feuerwerker L.C.M. (2004). «O quadrilátero da Formação para a área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social». *Physis: rev. de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1): 41-65.

Ceccim R.B. (2005). «Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde». *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (4): 975-986.

Ceccim R.B., Franco T.B. (2016), *Prassi in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia* [recurso eletrônico] Porto Alegre: Rede UNIDA; Bolonha: CSI-Unibo. (A)

Ceccim R.B. (2016). «Cerchi in rete: la costruzione metodologica della ricerca in salute come ricerca-formazione». *Prassi in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia* [recurso eletrônico] 1. ed. Porto Alegre, Bolonha: Rede Unida, CSI-Unibo, 77-100 (B)

Cornwall A., Jewkes R. (1995). «What is participatory research?». *Social Science & Medicine*, 70 (5): 1667-1676.

Cornwall A. (2018). «Acting Anthropologically. Notes on Anthropology as Practice», *Antropologia Pubblica*, 4(2): online.

de Souza É.F.N., Dias R.R. (2012). «A Educação Permanente em Saúde e a Educação Popular: uma revisão da literatura». *Revista Conexão*, 9(1/2): 1-9.

dos Santos R.A., Uchôa-Figueiredo L. et al. (2017). «Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf». *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 41(114): 694-706.

Early E.A. (1982). «The logic of well being. Therapeutic narratives in Cairo, Egypt». *Social Science and Medicine*, 16(16): 1491-1497.

Fals-Borda O., Anisur-Rahman M. (Eds.) (1991). *Action and knowledge: breaking the monopoly with participatory action research*. New York: Apex Press.

Farmer P. et al. (2004). «An anthropology of structural violence». *Current anthropology*, 45(3): 305-325.

Farmer P. (2004). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor: with a New Preface by the Author*. Berkeley and Los Angeles: Paperback, University of California Press.

Ferla A.A. et.al. (2016). *Ser, fazer, compor VER-SUS: redes de afetos e conhecimentos*, Porto Alegre: Rede Unida (Cadernos de Saúde Coletiva 6, VER-SUS 1).

Ferreira L., de Almeida Barbosa J.S. et.al. (2019). «Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura». *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 43 (120): 223-239.

Feuerwerker L., Sena R. (1999). «A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social». In: Almeida M., Feuerwerker L., Llanos C.M. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1: Um olhar analítico*. São Paulo: Hucitec, 47-82.

Fórum Nacional de Extensão e Ação Comunitária das Universidades e Instituições de Ensino Superior Comunitárias (2009). *A pertinência da extensão ao processo de inovação da educação superior*. Disponível su: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/forumnacional_acaocomunitaria.pdf

Franco T.B., Merhy E.E. (2013). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos*, São Paulo: Hucitec.

Freire P. (2002) [ed.or. 1968]. *La pedagogia degli oppressi*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.

Freire P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.

Frenk J. et al. (2010). «Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world». *The Lancet*, 376.9756: 1923-1958.

Gomes L.B., Merhy E.E. (2011) «Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira». *Cadernos de Saúde Pública*, 27: 7-18.

Good B.J. (2006) [ed. or. 1994]. *Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi.

Heller A. (1984). *Everyday life*. London: Routledge.

- Horton R. (2020) «Offline: COVID-19 is not a pandemic». *Lancet (London, England)* 396.10255: 874.
- Kedia S., van Willigen J. (2005). «Emerging trends in applied anthropology». In: Satish K., van Willigen J. (Eds.). *Applied anthropology: Domains of application*. Westport, CT: Praeger, 332-343.
- Kenyon C., Hase S. (2010). «Andragogy and heutagogy in postgraduate work». In: Kerry T. (Ed.) *Meeting the challenges of change in postgraduate higher education*. London: Continuum Press.
- Kleinman A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Krieger N. (2011). *Epidemiology and the people's health: theory and context*. New York: Oxford University Press.
- Lars-Christer H. (1997). «Illness and narrative». *Sociology of Health & Illness*, 19 (1): 48-69.
- Lassiter L.E. (2005). *The Chicago guide to collaborative ethnography*. Chicago: University of Chicago Press. (A)
- Lassiter L.E. et al. (2005). «Collaborative ethnography and public anthropology». *Current Anthropology* 46(1): 83-106. (B)
- Lather P. (1986). «Research as praxis». *Harvard Educational Review*, 56 (3): 257-277.
- Liborio M.M. (2013). «¿Por qué hablar de Salud Colectiva?». *Revista Médica de Rosario*, 79: 136-141.
- Lock M., Scheper-Hughes N. (1987). «The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology». *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 1(1): 6-41.
- Lock M., Vinh-Kim N. (2010). *An anthropology of biomedicine*. USA: John Wiley & Sons.
- Maranhão T., Matos I.B. (2018). «Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva». *Interface (Botucatu)*, 22(64): 55-66.
- Martino A., Sintoni F., Marta B. (2015). «La Casa della Salute». *Sistema Salute*, 59 (4): 519-533.

Martino A., Guimarães C.F., Marta L.B., Ferla A., Sintoni F., Nicoli M.A. (2016). «La costruzione del Laboratorio Italo-Brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva come strumento di lavoro in salute tra Italia e Brasile». In: Ceccim, R. B., Franco T.B. (2016), *Prassi in salute globale: azioni condivise tra Brasile e Italia* [recurso eletrônico] Porto Alegre, Rede UNIDA; Bolonha: CSI-Unibo, pp. 193-221.

Martino A. (2019). «Esperienze multi-locali a confronto: metodologie di lavoro in rete». In: *Annali / Laboratorio Italo-brasiliano di Formazione, Ricerca e Pratiche in Salute Collettiva*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, v.5, 180-182.

Mattingly C., Garro L.C. (Eds.) (2000). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Minayo M.C. (2009). «Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde». In: Campos, G. Wagner de Sousa *et al.* (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Paim J.S., Almeida-Filho N. (1998). «Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?». *Revista de Saúde Pública* [online], 32 (4): 299-316.

Paim J.S., Almeida-Filho N. (2014). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook.

Raguzzoni, G., Ubiali, A., Scavo, S. B., Martino A. (2018). «Formazione interdisciplinare: l’esperienza di un corso elettivo di salute globale». *Sistema Salute, La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, 62(2): 208-220.

Rappaport J. (2008). «Beyond participant observation: Collaborative ethnography as theoretical innovation». *Collaborative anthropologies* 1(1): 1-31.

Regione Emilia Romagna, Drg. 291.2010. (2010). *Casa della salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l’organizzazione funzionale*. Disponibile su: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/leggi/regionali/dgr-2127-2016/dgr-291-2010-201ccasa-della-salute-indicazioni-regionali-per-la-realizzazione-e-lorganizzazione-funzionale201d/view> (consultato il 01/05/2019).

Santos M. et al. (2000). «O Papel ativo da geografia: Um manifesto». *Revista Território*, 5(9): 103-109.

Scott R.A., Shore A.R. (1979). *Why Sociology Does Not Apply: A Study of the Use of Sociology in Public Policy*. New York: Elsevier.

Sen A. (2005). «Human rights and capabilities». *Journal of human development*, 6 (2):151-166.

Taylor R., Rieger A. (1985). «Medicine as Social Science: Rudolf Virchow on the Typhus Epidemic in Upper Silesia». *International Journal of Health Services*, 15(4):547-559. Doi:10.2190/XX9V-ACD4-KUXD-C0E5.

Thomas P. (2008). «Comprehensive Primary Health Care: a new phase?». *London J Prim Care* (Abingdon), 1(2): 87-89.

Vasconcelos, E.M. (2004). «Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde». *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1): 67-83.

World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, URSS, 6-12 settembre 1978*. Geneva: World Health Organization (Health for All Series N° 1). Disponibile su: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

World Health Organization (2008). *World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever*. Geneva: WHO. Disponibile su: <https://www.who.int/whr/2008/en/>

World Health Organization (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: WHO.

Young A. (1982). «The anthropologies of illness and sickness», *Annual review of anthropology*, 11(1): 257-285.

Martina Belluto è dottoranda in Scienze Umane all'Università di Ferrara. Si occupa di antropologia della salute e di analisi dei bisogni nell'ambito delle cure intermedie e di prossimità.
martina.belluto@unife.it

Ricardo Burg Ceccim è Professore ordinario di Educazione alla salute presso Università Federale del Rio Grande do Sul (UFRGS, Brasile). burgceccim@gmail.com

Ardigò Martino è specialista in salute pubblica, cooperazione internazionale allo sviluppo, Professore presso INISA - Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal De Mato Grosso Do Sul (UFMS, Brasile) e membro del Centro di Salute Internazionale e Interculturale dell'Università di Bologna.
ardigo.martino@gmail.com