



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

Università degli Studi di Parma

Dipartimento di Giurisprudenza,
Studi politici e internazionali

Corso di Master di II livello in Salute Collettiva: teorie e pratica
del community health approach

**MEDICINA E COMUNITÀ
DALLA FORMAZIONE ALLA CURA
COLLETTIVA TRA ITALIA
E BRASILE**

Relatrice:

Chiar. ma Prof.ssa Vincenza Pellegrino

Correlatrice:

Chiar. ma Prof.ssa Giulia Selmi

Candidato:

Jacopo Maria Gibertini

Matr. 383617

Anno Accademico 2024-2025

Indice

Avvertenza.....	6
1. Medicina e comunità. Dalla fatica al collettivo che cura.....	8
1.1. Cosa sarà della mia umanità?.....	8
1.1.1. La fatica lavorativa di chi cura come sofferenza.....	9
1.1.2. Una formazione ammalante?.....	10
1.2. Riaprire spazi di riflessività.....	11
1.2.1. Modi e tempi di invito.....	11
1.2.2. Metodologia.....	13
1.3. Il primo incontro – prima parte.....	14
1.3.1. Il percorso proposto attraverso i testi.....	14
1.3.2. Il percorso accaduto a partire dai testi.....	17
1.4. Il primo incontro – seconda parte.....	19
1.4.1. Proposte di formazione in cura collettiva.....	19
2. Formazione medica e Salute Collettiva: l'esperienza del Brasile.....	22
2.1. Cartografie sociale e Sistema Unico de Saude.....	22
2.2. La salute delle popolazioni dei campi, della foresta e delle acque.....	26
2.3. Alcuni accenni alla Salute Collettiva nel suo rapporto con la formazione.....	31
2.3.1. Cenni storici sulla Salute Collettiva.....	31
2.3.2. Cenni teorici sulla Salute Collettiva.....	31
2.3.3. Começo Meio Começo.....	32
2.4. Ancora uno spunto di riflessione su lavoro e fatica.....	35
3. Pensare una liberazione della pratica medica.....	38
3.1. Il secondo incontro. Esercitare l'infrazione.....	38
3.2. Gli incontri successivi. Il ruolo politico della medicina.....	40
3.2.1. Il Brasile e la Salute Collettiva raccontata al gruppo.....	40
3.2.2. Una facoltà di medicina capovolta.....	41
3.3. Alcuni limiti del progetto.....	44
3.4. Pensare nuovamente Medicina e Comunità.....	45
Una considerazione finale.....	48
Bibliografia.....	50

AVVERTENZA

Durante un incontro organizzato tra il Master in Salute Collettiva, di cui faccio parte, e un gruppo di studentesse e studenti di medicina è successo qualcosa che ha attirato la mia attenzione. L'incontro era strutturato come un momento di dibattito a partire da un film, sui temi della cura e della medicina contemporanea. Mettevamo in questione il rapporto che la medicina scientifica ospedaliera odierna ha con la guarigione, il corpo, la malattia. In questo contesto emergeva da studentesse e studenti un timore, un senso di fatica rispetto al futuro. A mancare non era certo la motivazione e la preparazione, come vorrebbero certe figure istituzionali, bensì un senso di corrispondenza tra la propria idea della medicina come pratica al servizio degli altri e la professione sanitaria. Ciò che ha fatto nascere questo lavoro è questa domanda sull'umanità che scompare, tutto quello che racconto qui sono tentativi, un po' avventurieri forse piuttosto che metodici, di affinare questa domanda e di cercare di essere d'aiuto.

Così con ragazze e ragazzi di Medicina abbiamo provato a pensare a uno spazio dove portare avanti questa riflessione, ed è ciò di cui il primo capitolo di questo lavoro tratta. Uno spazio di riflessività, laboratoriale, di salute collettiva, con una duplice pretesa: curare attraverso metodi narrativi, il confronto tra pari e l'ascolto le fatiche di una formazione che ferisce; dare spazio alla voglia di conoscere il mondo, dando voce con incontri e approfondimenti quella parte della cura che in università non viene considerata. L'invito a partecipare era rivolto a chiunque avesse tempo, voglia o bisogno di parlare del rapporto tra idea e immaginario sul proprio futuro come medici e la professione. Grazie alle metodologie del Community Lab e allo spazio di Art Lab Bene Comune questo progetto ha iniziato a prendere forma nell'ottobre del 2025 con un calendario iniziale di quattro incontri.

Una volta iniziati i lavori del laboratorio Medicina e Comunità ho avuto la fortuna di poter andare in Brasile, grazie alla collaborazione tra il Master e Rede Unida. Il secondo capitolo è uno stacco netto rispetto al primo, perché è il racconto di osservazione fatte oltreoceano, per vedere la salute collettiva all'opera. Un abbozzo di etnografia, poco più di un diario di viaggio forse, di quasi tre settimane vissute ospite del Sistema Unico de Saude brasiliano, tra Rio de Janeiro e Manaus. Portavo con me la domanda nata a Parma sul significato odierno di un certo tipo di formazione in medicina. Quali elementi erano differenti nel sistema brasiliano? Come la Salute Collettiva trasforma le pratiche quotidiane dei lavoratori della cura? Il Brasile forma i suoi medici in primis come difensori della democrazia per mezzo della salute e in questo contesto nasce la formazione in Salute Collettiva. Essa non si focalizza sulle tecnologie (comunque benvenute), bensì sulla produzione di una persona capace, con «sguardo vibratile», di restare sempre in contatto con il mondo. Una persona che confluendo con i mondi delle persone che cura fa della pratica medica una pratica di cura attraverso la conoscenza e la giustizia sociale.

Nel terzo e ultimo capitolo, come è uso, provo a fare bricolage di quanto osservato tra Italia e Brasile. L'ambiguità della fatica, tra sforzo per il successo e sintomo di ammalamento, svela un rapporto interessante con le pratiche e l'attenzione al mondo. La formazione in medicina contemporanea, come osservato ormai da decenni, funziona solo al costo di grandi rimozioni che lasciano i formandi senza strumenti per significare molti aspetti della complessa realtà della cura. Addurre questo alla perenne emergenza non è altro che strategia liberista, il Brasile infatti dimostra, in un delicato equilibrio tra scienza e democrazia, che la formazione può cambiare e che i sanitari possono tornare ad avere uno sguardo complesso e capace di interpretare la realtà odierna. Non bastano gli sforzi individuali di studentesse e studenti interessati a cambiare, perché la medicina non sacrifichi l'umanità ha bisogno di essere collettiva.

1. MEDICINA E COMUNITÀ. DALLA FATICA AL COLLETTIVO CHE CURA

1.1. Cosa sarà della mia umanità?

Il 23 di maggio 2025 ho incontrato la prima volta alcune delle studentesse di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma nell'ambito del Master di II livello in *Salute Collettiva: teorie e pratiche del community health approach* della stessa università. Uno dei residenziali del Master¹ era stato organizzato in collaborazione con il Segretariato Italiano Studenti di Medicina di Parma (SISM)² e lo spazio Art Lab Bene Comune. L'incontro, intitolato *Medicina della marginalità*, prevedeva la visione di un film – *Wit. La forza della mente* (2001) – seguita da una discussione collettiva. Discussione che sarebbe proseguita il giorno successivo in un laboratorio su narrazione e cura.

Durante la discussione successiva al film però fu portata avanti una riflessione da alcune studentesse, a partire dal senso di fatica che produceva in loro la formazione medica. Questo senso di fatica nasceva, nelle loro parole, dal confronto continuo e costante con un ambiente che le metteva in costante scontro con il loro desiderio. Il problema pareva non essere il carico di studio o gli orari ingarbugliati e quasi totalizzanti di lezioni, esami, tirocini, bensì il confronto costante con pratiche ritenute disumanizzanti.

Io penso che per fare il medico la relazione sia importantissima. Ma non ci viene insegnata. Anzi alcuni dei nostri professori trattano male i pazienti, con sufficienza. In università non importa se sai come relazionarti a una persona malata, importa se conosci l'anatomia nel dettaglio, per l'esame (Diario di campo 1).

Diceva una studentessa, mentre uno studente:

Più vai avanti più certe cose normali. Anche i miei compagni trovano normale comportarsi così [non salutare i pazienti]. Io stesso certo cose le tollero di più. Mi chiedo se diventerò così [come gli strutturati] (Diario di campo 1).

Queste domande, denunce, timori per il futuro di se stessi, raccontavano qualcosa. Era difficile dire cosa fosse, anche forse per un certo carattere dinamico della situazione. Da un lato infatti richiamava la sofferenza lamentata da operatrici e operatori dei servizi sociali e sanitari, dall'altro perché espressa da

1 I residenziali del Master sono un momento laboratoriale di una giornata e mezza su uno o più temi e in confronto con una o più realtà tra istituzioni, terzo settore e collettivi, condividendo pasti e alloggio.

2 Il SISM è un'Associazione di Promozione Sociale apartitica, aconfessionale e non lucrativa, che si adopera per contribuire alla crescita professionale, intellettuale e deontologica delle persone che studiano Medicina e Chirurgia, attraverso la sensibilizzazione su temi etici e sociali. Colgo l'occasione per ringraziare Alessandro Costa di SISM Parma che ha creduto nel progetto oltre a essere sempre presente ed aiutarmi a continuare a pensare.

giovani in formazione, manteneva un carattere di incertezza, di qualcosa che ancora non era presente e non avesse un nome.

1.1.1. La fatica lavorativa di chi cura come sofferenza

Questa fatica sembrava infatti già quella con cui tutti i giorni si scontrano operatrici e operatori della cura, caratteristica di queste professioni. Un lavoro costante contro indifferenza e disumanizzazione, come hanno raccontato bene in un libricino pubblicato recentemente da un'assistente sociale e un infermiere:

Nel mondo della cura, in cui si ha a che fare con fragilità importanti, non si può mai sapere con esattezza cosa vive l'altro. È sempre necessario compiere lo sforzo di capire che ciò che il curato porta non lo sta trasferendo a qualcuno in particolare: sta spingendo fuori i propri demoni, i propri problemi, le proprie paure, le proprie difficoltà. Tutto questo viene esternato in forme diverse alle quali ci troviamo di fronte. La cosa più complicata è quella di viverle senza sentirle rivolte a noi direttamente. Non sono per noi. Tuttavia, ogni volta che accade, si riapre una ferita che, volente o nolente, ci portiamo dentro. Il pericolo è perdere di umanità, costruire un guscio, una barriera, un velo di cinismo. Quanto è complicata e quanto poco è riconosciuta questa complessità emotiva nelle relazioni di aiuto! (G. Fanetti, N. Draoli 2025, pp. 15-16).

La persona curata ferisce, può ferire. La persona curante subisce e incurante del dolore presta aiuto. Non è davvero incurante però. Anzi una parte del suo lavoro è la costante protezione da una complessità emotiva che non è stato formato ad affrontare. Qualcosa che è centrale nel rapporto di cura. Qualcosa che è centrale proprio nella narrazione della cura, per la quale le persone si iscrivono a medicina, infermieristica, servizi sociali e tante altre facoltà per "aiutare gli altri". Qualcosa che sembra mancare nelle facoltà contemporanee, che si affrettano a compensare i syllabus «Medical Humanities», «comunicazione con il paziente» e altro ancora.

Questa fatica però non si esaurisce qui. Perché va a braccetto con una sofferenza. Quella paura di un futuro in cui perderò la mia umanità. Perdita futura per le voci che ancora ne riescono a parlare, ma percepita diffusa, presente e invisibile intorno ad esse. Una sofferenza per la quale non ci si sente di addossare la responsabilità a quella relazione di cura per la quale si lavora.

Un altro termine molto usato fin dal primo anno di università è «umanizzazione delle cure». L'ho trovato da sempre un termine un po' buffo e grottesco. Avessimo studiato per diventare veterinari avrebbe forse avuto un senso, ma perché specificare di umanizzare qualcosa che ha a che fare con l'essere umano? (Ivi, p. 12).

Del resto una sofferenza che non è negabile, che chiede risposta e che alcune voci hanno cercato nella forma delle strutture lavorative, operative, nelle politiche che informano fino a stravolgere quella relazione di cura. Tra queste, la voce anch'essa abbastanza recente di un medico:

Da dove viene questa sensazione, l'impressione che il tuo lavoro non abbia più senso né valore? Non ci avevi mai pensato prima? Non te ne eri mai accorto? Eri troppo impegnato a macinare turno su turno, mattino, pomeriggio, notte, festivi compresi, che ti sei dimenticato di chiederti: "Cosa sto facendo? Che senso ha tutto questo?" [...]

Per anni hai fatto notare che c'era qualcosa che non andava nell'aziendalizzazione, nei DRG (diagnosis related group), nella digitalizzazione che procede volutamente a singhiozzo e ti fa rimpiangere i fogli di carta e il lapis, nella burocrazia che pervade tutto e ti sfianca, nell'emorragia continua di posti-letto, nei problemi mai affrontati per sciatteria, nell'accreditamento senza controllo dei privati, nella finta concorrenza pubblico-privato, nella pubblicità delle assicurazioni mediche che strillano in tv, alla radio, sui cartelloni pubblicitari, negli ambulatori medici aperti negli ipermercati segno di una decadenza che ha superato i limiti. [...]

Gli ospedali, specie quelli periferici, sono aziende della peggior specie: fabbriche ispirate al fordismo. Non c'è nessuno spazio per la cultura scientifica, per l'aggiornamento fatto davvero per imparare, per la crescita professionale, per la realizzazione anche personale. Per non dire della qualità della vita. Si vive malissimo negli ospedali. C'è una disattenzione al benessere degli operatori che fa schifo, non saprei dirlo meglio. [...]

Eccola qui un'altra bella domanda. Come puoi non sentirti solo senza neanche una risposta? (V. Fontana 202)

1.1.2. Una formazione ammalante?

L'ipotesi era che da un lato le studentesse e gli studenti prefigurassero già questa fatica che non ha risposta. Quella fatica lavorativa denunciata quotidianamente da operatrici e operatori, descritta da Vincenza Pellegrino (2024) come l'esito violento del dispositivo (1975) del sapere tecnico che abita le istituzioni dello Stato sociale. L'esito di un dispositivo di sapere che riduce i sintomi alla biologia e a una certa tecnologia, subordinando le persone a categorie nelle quali esse non si riconoscono. Dispositivo inteso come sistema organizzazione dei tempi e degli spazi che si esprimono nelle istituzioni, nel quale l'impossibilità di riflessione su questa subordinazione non lascia altro sintomo che la fatica lavorativa vissuta come sofferenza senza nome, come malattia sentita, ma non riconosciuta.

L'altro lato dell'ipotesi era che forse questo ammalamento è già in atto durante la formazione. Perché al dispositivo appartengono fin da subito anche le istanze educative e pedagogiche come osservarono Riccardo Massa e colleghi (G. Bertolini, R. Massa 1997). In *Clinica della formazione medica*, l'ipotesi di partenza era che l'esposizione alla facoltà di medicina, come esposizione a un «modello medico legato a schemi riduttivi» fosse quanto meno correlato con una modificazione degli atteggiamenti culturali e epistemologici³ di studentesse e studenti di medicina.

Studentesse e studenti sentono che è già all'opera la riduzione, la rimozione di parti di mondo forse fondamentali per curare. O che almeno essi credevano tali quando pensavano alla professioni sanitarie

3 Si intende con «atteggiamento epistemologico» il modo in cui i clinici intendono la medicina, la conoscenza medica, la loro professione e tutto ciò che – nel fare scienza – circonda queste parole, si veda R. Massa 1997.

come lavori di cura e aiuto. Vedono già che il mondo a cui vogliono partecipare fa a meno dell'umanità e si chiedono cosa ne sarà della loro.

1.2. Riaprire spazi di riflessività

Che cosa fare del riconoscimento di questa situazione? Abbiamo iniziato a lavorarci con SISM per capire quali possibilità si aprissero davanti a noi. Non si trattava di dare una risposta teorica alla domanda, proprio perché tanto è già stato detto e poco è stato fatto, poco si è riusciti a fare. Inoltre le nostre conoscenze di questo già detto e già fatto erano limitate. Era possibile però pensare, proprio a partire dalle esperienze fatte nel Master, un modo per significare collettivamente questa sofferenza contro la quale l'individuo non trova utensili per l'effrazione.

Cercare di creare uno spazio di riflessività collettiva, rivolto alla formazione sanitaria. Bisognava a mio parere in primis porre nuovamente la domanda di quella giornata, possibilmente a più persone. Comprendere quanto fosse condivisa e se fosse possibile che un pensiero collettivo nascesse intorno a essa. Una prima ipotesi di lavoro prevedeva di riunire studentesse e studenti per parlare di salute collettiva, provare ad ampliare le conoscenze su cosa significasse fare il medico, curare, essere in salute.

Il primo luogo a cui abbiamo pensato è stato l'università. Grazie anche alla presidente del Master, Vincenza Pellegrino, e la professoressa Chiara Moretti, che nella facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma tiene un corso facoltativo in Antropologia Medica, abbiamo provato a capire se fosse possibile portare questa riflessione all'interno delle aule. Non è stato possibile perché i tempi erano stretti (e un po' per disinteresse). Abbiamo pensato quindi di trovarci in uno spazio esterno all'università e la scelta è ricaduta su Art Lab che già ci aveva ospitato, che si trova nel cuore della città ed è sempre aperto a tutte e tutti. A posteriori la scelta migliore che ci ha permesso di ripensare il laboratorio in modo molto più partecipato.

1.2.1. Modi e tempi di invito

Sempre grazie all'esperienza di SISM abbiamo individuato quattro date per iniziare, che tenessero conto degli orari delle lezioni, dei tirocini e – soprattutto – delle sessioni di esame. L'idea era di mantenere una costanza di circa due/tre settimane tra un incontro e l'altro. Il mio viaggio in Brasile, le vacanze invernali/natalizie e la sessione di esame di gennaio/febbraio, ha reso più complicata la cosa. Le date stabilite alla fine sono state 21 ottobre, 4 novembre, 2 dicembre 2025 e 20 gennaio 2026, sempre alle 18.30.



ART LAB
Parma
UNIVERSITÀ
DI PARMA

IN COLLABORAZIONE CON IL MASTER SALUTE COLLETTIVA:
TEORIE E PRATICHE DI COMMUNITY HEALTH APPROACH - URPB

Laboratorio
**MEDICINA E
COMUNITÀ**
dalla formazione alla cura collettiva

• 21 OTTOBRE | • 2 DICEMBRE H.18.30 BORGIO TANZI 26,
• 4 NOVEMBRE | • 20 GENNAIO PARMA

Locandina per pubblicizzare gli incontri

Per invitare le persone a partecipare abbiamo deciso di utilizzare gli ormai consueti canali social (di SISM e Art Lab), i gruppi di messaggistica istantanea e di produrre un volantino di invito che abbiamo distribuito a mano davanti alle aule e biblioteche di Medicina, approfittando per creare fin da subito una relazione con invitate e invitati, oltre a dare un volto, un corpo, agli invitanti. I volantini erano pensati per dare l'idea di un luogo partecipato, laboratoriale, prodotto da coetanei o poco più. Richiamavano la questione a noi cara, focalizzandola nei rapporti tra narrazione di sé e formazione richiesta alla professione, tra cura e giustizia e rilanciandola in un laboratorio che proponesse immaginazione, ascolto e racconto del futuro della professione sanitaria.

Un laboratorio collettivo pensato e coordinato da studenti di vari gradi della formazione universitaria. Un dibattito per dare realtà alle nostre domande sulla formazione medica, con l'aiuto di riflessioni e ospiti dai mondi della medicina stessa, dell'antropologia, della sociologia e dell'ecologia.

C'è una distanza tra la mia idea della medicina e la formazione come professionisti sanitari? Quali rapporti ci sono tra professione, giustizia sociale e mestieri di cura? Come possiamo immaginare questo ruolo di fronte alle trasformazioni dei processi di cura?

Rifletteremo insieme su queste e altre domande a partire da reading di saggi teorici e testi letterari e testimonianze di chi ha esperienza diretta nella cura.



Il verso del volantino di invito distribuito di fronte alle aule di Medicina.

1.2.2. Metodologia

Poiché si partiva da un vissuto personale e da una domanda sul senso ho pensato gli incontri secondo il principio di una elaborazione graduale di questo vissuto. Il vissuto di marginalità e ammalamento nel processo di formazione non produce necessariamente qualcosa oltre alla «testimonianza» (V. Pellegrino e G. Rodeschini 2024). Non significa necessariamente che porti alla rielaborazione dei vissuti e volevo evitare il rischio che «pur aprendo uno spazio liminale per la contro-narrazione» non si producesse altro che un «ulteriore sprofondamento in dimensioni psico-logiche individuali» (Ivi, p. 159). Bisognava quindi pensare un percorso che iniziasse da quella domanda, la accompagnasse tramite la narrazione, producendo eventualmente il riconoscimento di una questione collettiva e quindi provasse a dare strumenti altri per la lettura delle proprie esperienze. Aggiungendo a questo, sempre, uno sguardo verso la possibilità di pensare un cambiamento.

Gli incontri sono stati pensati secondo le metodologie del Community Lab, in particolare facendo uso delle modalità di relazione «tiepide» e «calde» (M. A. Nicoli et al. 2024). Le modalità “calde” di relazione per i gruppi comportano l’uso di forme, a esempio, narrative o artistiche per stimolare lo scambio emotivo. Mentre le modalità “tiepide” dove i momenti evocativi e emotivi possono essere in un secondo tempo dell’incontro rielaborati e sintetizzati razionalmente, anche in chiave di progettazione.

Ad essere strutturato fin da subito è stato il primo incontro, per i motivi poco sopra. Una prima parte dedicata a narrazioni sulla cura e il senso di fatica e sconforto di chi cura, così come il racconto di chi ha fatto e pensato diversamente (etica della cura, medicina narrativa). La seconda parte dedicata alla scrittura sull'immaginario di cura e formazione. Gli incontri successivi restavano indecisi per permettere di modularli su ciò che sarebbe nato dal gruppo.

In ultimo tenere sempre presente l'idea di un'attenzione alle pratiche quindi pensare il gruppo come una Comunità di pratica. Poiché il racconto della fatica era legato a pratiche considerate disumanizzanti, era importante coinvolgere la riflessione sull'azione, per cercare di portare alla luce ciò che è implicito in questa azione e che potrebbe essere oggetto di conoscenza e cambiamento. Cercare di capire quante di queste pratiche potessero essere riprodotte e cambiate nel laboratorio, rileggendone il senso e imparando da queste riletture come nella formazione-intervento (su questi punti si veda Riccardo Burg Ceccim 2024).

1.3. Il primo incontro – prima parte

Al primo incontro hanno partecipato 24 persone, di queste, 21 erano studentesse e studenti di medicina, le restanti provenivano da altri corsi di studio. Come detto avevo pensato a una lettura dei testi che ho citato anche nel primo paragrafo di questo lavoro. A questi si affiancavano altri testi teorici o narrativi di supporto al dibattito. Non tutti i testi sono stati letti, ma a tutte le partecipanti ho lasciato una copia stampata.

1.3.1. Il percorso proposto attraverso i testi

Testi utilizzati durante la prima parte del primo incontro di Medicina e Comunità	
<u>Riferimenti bibliografici</u>	<u>Pagina</u>
Vittorio Fontana, <i>Di verità solo l'ombra. Storie di sanità pubblica</i> , Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2023	90-92
V. Fontana, <i>Di verità solo l'ombra</i>	100-104
Luigina Mortari, <i>La politica della cura. Prendere a cuore la vita</i> , Raffaello Cortina Editore, Milano 2021	187
Giulia Fanetti e Nicola Draoli, <i>Sulla soglia. Esperienze di cura</i> , Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2025	5-9
L. Mortari, <i>La politica della cura</i>	188
Joel Birman, <i>A Physis da Saude Coletiva</i> , PHYSIS: Rev. Saude Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento) 2005	11
Atul Gawande, <i>Checklist. Come fare andare meglio le cose</i> , Einaudi Editore, Torino 2011	36-38

A. Gawande, <i>Checklist</i>	162-165
G. Ganetti e N. Draoli, <i>Sulla soglia</i>	49-51
Lucia Zannini, <i>Medical Humanities e Medicina Narrativa</i> , Raffaello Cortina Editore, Milano 2008	77
L. Mortari, <i>La politica della cura</i>	188
Vincenza Pellegrino, <i>Follie ragionate, il male e la cura nelle parole dei pazienti psichiatrici</i> , UTET Università, Torino 2012	45
L. Zannini, <i>Medical Humanities e Medicina Narrativa</i>	80-81

L'ordine dei testi proposti non era casuale, ma intendeva proporre un percorso, da seguire o meno, per rispettare la gradualità del confronto sui vissuti. Inoltre dava una struttura di riferimento a cui tornare se fosse stato necessario riprendere le fila durante il confronto.

I testi proposti e l'ordine con cui sono stati presentati seguiva un filo rosso che si muoveva a partire dal lamento, dalla fatica, dalla richiesta di aiuto di un medico di fronte alle difficoltà del sistema in cui lavora – che sono le difficoltà lamentate tipicamente da chi lavora nei servizi. Il racconto era accompagnato da un brano teorico che riprendeva l'analisi delle problematiche esplose, soprattutto dopo la pandemia di Covid-19, nelle strutture sanitarie. È proprio in questo contesto emergenziale che si è reso evidente, sebbene già presente, l'insufficienza dell'approccio biomedico tecnologico della medicina ospedaliera contemporanea rispetto ai bisogni di cura della popolazione (L. Mortari 2021). Ancora un racconto di vita personale, di un infermiere, dava forza a questa ipotesi. La signora a cui l'infermiere aveva salvato la vita, non gli era riconoscente - «hai fatto solo il tuo dovere» - quanto per un gesto di attenzione e cura datogli nel momento in cui il rischio di disumanizzazione era altissimo:

“Mi svegliasti mettendoti a sedere accanto a me e non in piedi” continuò, “... con una mano sulla spalla” concluse.

Sapeva che prima o poi sarebbe stata trasferita. Sapeva che sarebbe accaduto velocemente per far posto a un ricovero più grave. Sapeva che sarebbe stato fatto bruscamente, con lei nuda e inerme sul letto, perché così vedeva fare spesso con altri pazienti. Aspettava il suo ipotetico trasferimento notturno con ansia, con molta ansia. Disse che con me si era sentita “ancora umana e dignitosa”. (G. Fanetti, N. Draoli 2025, p. 9).

Dopo alcuni accenni alla problematizzazione della biomedicina, della normalità (J. Birman 2005) e di una «buona e giusta cura» (L. Mortari 2021, p. 188), il racconto continuava, attraverso le parole di un chirurgo e dello stesso infermiere qui sopra portando alcuni elementi, alcuni oggetti, che potessero essere usati e contestati. La checklist a esempio, che certo può appartenere alla medicina biomedica e ospedaliera – e in questo forse un elemento di risonanza – eppure per il chirurgo Gawande non è utilizzata come strumento per fare squadra. Essa potrebbe essere anziché strumento di controllo burocratico, uno strumento che definirei quasi meditativo in preparazione al fare. Uno strumento che si oppone all'idea del talento e all'invisibilizzazione delle pratiche. Uno strumento che per Gawande dovrebbe essere sempre rifatto, sempre personalizzato nuovamente (A. Gawande 2011). E al coro si aggiungono di nuovo Fanetti

e Draoli (cit. 2025) raccontando l'esercizio del pensiero creativo come modo per rivitalizzare i concetti appresi. Certo l'arte richiede tecnica, ma la tecnica è mezzo per l'esercizio dello stile, stile che intenderei come espressione del proprio sé, che personalizza, rende personale il mondo (M. Merleau-Ponty 2019).⁴

I testi proseguivano nella direzione di un'apertura alle pratiche di ascolto e di narrazione pensate in medicina, come la Medicina Narrativa, ormai affermatasi negli Stati Uniti e che con fatica riesce a muovere i suoi passi anche in corsi universitari qui in Italia (V. Pellegrino 2012). A conclusione, un rilancio del problema degli oggetti e delle tecnologie: non c'è tecnica, fosse anche la Medicina Narrativa, che non sconti l'ambiguità propria delle strutture.⁵ La cartella clinica è diventata strumento opprimente, lo stesso può accadere qualora si introducano strumenti narrativi. Il ritorno di un relativismo degli strumenti potrebbe gettare nello sconforto, ma così non dovrebbe essere perché è possibile riconoscere lo strumento «buono»:

La medicina narrativa, quindi, è finalizzata a creare una “buona storia di malattia”, ossia una storia coerente, che abbia una sua armonia interna, che lasci i suoi autori con la sensazione di aver “dato una forma” agli eventi e che, soprattutto, sia percepita come utile per il processo diagnostico e terapeutico da parte di entrambi (L. Zannini 2008, p. 80-81).⁶

La tecnologia si pretende neutra, ma sappiamo dalla sociologia che così non è. Tecnologie, sistemi, strumenti, strutture, raccontano un modo di vedere il mondo. Imparare a vedere l'invisibile è anche l'insegnamento della salute collettiva, perché il collettivo che ordisce le trame individuali è fatto di quell'invisibile.

4 Spero mi verrà perdonata un'apertura alla mia amata filosofia, per nulla problematizzata e contestualizzata, sebbene vorrei giusto evocare, per chi ha interesse, di un rapporto tra la fatica, il lavoro, e il rapporto tra personale e impersonale e la salute.

5 Sull'ambiguità si veda Merleau-Ponty 2003 e nello specifico della salute Canguilhem 2007.

6 Su questo, recentemente, ci sono accenni in un dialogo stimolante e approfondito tra un filosofo e un fisioterapista (Costa e Cesana 2019).



Medicina e Comunità – il primo incontro

1.3.2. Il percorso accaduto a partire dai testi

Una volta fatte le presentazioni, ci siamo inoltrate nella lettura dei testi.⁷ L'obiettivo non era un'aula frontale, come detto sopra, così fin dalla prima narrazione c'era sempre spazio per l'intervento. La voglia di partecipare fin da subito era evidente sui volti, che si tendevano in attesa del momento giusto per dire la propria. Dopo le prime due letture, il confronto e la condivisione sono diventati centrali e i testi sono rimasti come strumento a commento di alcuni stimoli. Tornavano i temi della disumanizzazione, dell'assenza di alternative e della cura oltre la tecnica. Ecco alcuni dei commenti tratti dal diario di campo di questo primo incontro.

Io sono al quarto anno e ho paura di diventare distaccato. Una volta ho visto uno strutturato togliere una coperta gettandola a terra per esaminare il corpo di un paziente. Non c'era alcun rapporto con la persona. Noi eravamo lì intorno a guardare e quando l'esame è finito siamo usciti. Nessuno di noi ha rimesso la coperta al paziente. (Studente quarto anno).

Vedo che anche i miei coetanei diventano distaccati. A me non piace. Mi chiedo se diventeremo tutti così. (Studente quarto anno).

⁷ Ringrazio Irene Valota, collega di Master, che ha letto il primo racconto rendendolo vivo e presente.

Io sono al sesto anno e mi rendo conto che tante cose che non mi andavano bene prima, ora le lascio passare. Ti ci abitui. Non dico siano giuste, ma non so che altro fare. (Studentessa sesto anno).

Più sei formata più capisci quei gesti che prima non ti andavano. Capisci lo stress, la fretta, le pretese a volte assurde dei pazienti. Lasci passare, fatichi ad affrontare tutto. (Specializzanda terzo anno).

Fino a qui un primo tema. La paura di abituarsi al distacco e alla disumanizzazione. Una paura reale e legittima perché la si vede intorno a sé e la si vede in sé. Un po' perché ci si abitua al fatto che le cose vanno così – e non significa vengano giustificate, viene sempre sottolineato – un po' perché si comprendono le dinamiche ospedaliere, si inizia a vivere la fretta del sistema che vuole che ogni paziente abbia 5 minuti a disposizione. Passa sottilmente, mi viene da dire, la pratica disumanizzante, e non si hanno strumenti contro di essa perché si è solo studenti. Perché la legittimazione del ruolo a volte sembra passare attraverso l'imitazione dei gesti degli strutturati.

Anche dopo anni sembra di essere sempre e solo studenti. Mi sento sempre non legittimata a parlare, a domandare, nonostante sarei lì per quello. (Studentessa quinto anno).

Il lamento dei pazienti viene dimenticato. O meglio si impara a ignorarlo. (Studentessa sesto anno).

I pazienti lo sanno. Infatti finché sei una studente ti trattano bene, ti raccontano le loro storie, ti parlano persino di quanto odiano l'ospedale e il loro medico a volte. Queste persone poi si ricordano di piccoli gesti è vero, se hai preso loro la mano con gentilezza. (Studentessa secondo anno).

A me stupisce che si possa entrare nella stanza di un paziente senza nemmeno salutare. È una cosa che quella stessa persona non si permetterebbe di fare al di fuori dell'ospedale! (Studentessa sesto anno).

C'è una gerarchia molto rigida. A volte persino gli altri studenti sono dei leccaculo. Se ti mostri freddo sei figo, significa che sai cosa fare. Così diventa normale anche il disprezzo per tutto ciò che non è Medicina. (Studente quarto anno).

Indifferenza e disumanizzazione passano, vengano abitate da studentesse e studenti, lungo il percorso universitario anche per via della rigida struttura gerarchica. Non c'è attenzione ai gesti, che possono cambiare la giornata a un paziente, farlo sentire curato. Però i gesti sono ben presenti, gesti, comportamenti che non sono oggetto dell'insegnamento, ma che vengono notati. Notati da chi si adegua al sistema, il «leccaculo» che imita la freddezza professionale e anche da chi non ci sta:

I pazienti non sono gentili e carini. Quando entri in ospedale ti trovi davanti a situazioni pesanti, difficili e tu non sei stata preparata. (Studentessa sesto anno).

Sento tante carenze formative nella relazione con le persone. Tutto quello che ti viene insegnato e di fare scudo. Non esiste un'alternativa all'indifferenza? (Studentessa quinto anno).

Le competenze relazionali sono sempre date per scontate. O ce le hai o non ce le hai. Sta al tuo talento. Ma io non credo a questo. Penso che si possano imparare le cose. (Studente quinto anno).

Non esiste un'alternativa all'indifferenza? Questo è il punto che in quel momento mi ha colpito maggiormente. La difficoltà relazionale è ben chiara. Ma la relazione è lasciata al “talento” personale.

“Sei bravo coi pazienti”. Impera il discorso sul distacco emotivo, sulla rimozione, non mettendo in questione cosa si perde con questa rimozione. Che viene osteggiata fin da subito da studentesse e studenti, in continua ricerca dell’alternativa.

1.4. Il primo incontro – seconda parte

A questo punto si trattava di mettere insieme questi temi per pensare insieme delle possibilità. Volevo da un lato mantenere l’attenzione alla cura attraverso la pratica, la gestualità, perché non fosse percepita come astratta. Si erano fatti esempi come stringere una mano, presentarsi e anche esempi negativi come la mancata attenzione alla coperta.

Ho proposto allora di scrivere, di raccontare questi gesti mettendoli su carta, dandoci circa un 15 minuti di tempo. Gesti che fossero reali, vissuti o anche immaginari, gesti di ribellione, di conforto o di uso alternativo delle tecniche.

Conclusa la scrittura la proposta era quella di riunirsi in piccoli gruppi di tre o quattro persone e raccontarsi il proprio gesto di cura. Il gruppo avrebbe dovuto poi pensare a una pratica, un metodo per riuscire a insegnare questi gesti.

L’idea era quella di riunire insieme diversi gesti perché il gesto raccontato non monopolizzasse l’attenzione. Non si tratta di insegnare a tenere una mano. Si potrebbero portare centinaia di nonnine in università per tenere loro la mano (ironizzo, ma avrebbe sicuramente un valore anche solo di straneamento, forse positivo!). Il confronto tra diversi gesti aiuta a far pensare a quel qualcosa presente in ognuno di essi (se c’è!). A distogliere l’attenzione da ciò che si vede e che troppo facilmente occupa tutto il nostro sguardo.

1.4.1. Proposte di formazione in cura collettiva

Un gruppo di proposte mirava alla cura come problema esterno al contesto universitario. Un problema di educazione generale da affrontare nella società in generale e/o permettendo un maggiore contatto di studentesse e studenti con il fuori durante gli anni corsi, stimolando questo interesse al fuori a esempio nel volontariato. Tutte le seguenti citazioni sono tratte ancora dal Diario di campo 1, il diario che ho tenuto sugli incontri.

Bisognerebbe pensare all’educazione al care-giving. A esempio fin dalle scuole, come quando si organizzano le visite di bambine e bambini presso le strutture residenziali per le persone anziane. È qualcosa con cui in un modo o nell’altro ti confronti durante la vita. Le persone si aspettano una

relazione. Bisognerebbe portare l'attenzione anche su questo. Quando poi in ospedale o in altri contesti fai le domande che ritieni "di routine" i pazienti vedono un tuo interessamento a loro. Non puoi interromperli perché il tuo «come sta oggi?» si aspettava solo una sintetica descrizione del dolore percepito, che annoti nella casella soggettivo. (Gruppo 1).

Fuori dall'università esiste un mondo di associazioni di volontariato, collettivi, gruppi come questo. Ma non vengono pubblicizzati, non se ne parla. Se vieni da fuori città è difficile conoscere questi mondi. Sono realtà in cui puoi entrare in contatto con le persone, restare in contatto con quel mondo che vuoi aiutare, per il quale sei entrato in università. L'università dovrebbe pensare uno spazio e un momento magari in cui queste realtà possono presentarsi. E se poi vuoi partecipare deve lasciarti il tempo di farlo, magari riconoscierti dei crediti. (Gruppo 2).

Le persone si aspettano una relazione e stando tra di loro possiamo già imparare molte cose che tornano utili per poter praticare meglio la medicina. Da un lato possiamo mettere a sistema l'educazione alla relazione, dall'altro possiamo anche solo iniziare a riaprire la facoltà perché l'oggetto del nostro interesse è la fuori in città.

Segue un gruppo di proposte che mirano al cuore pulsante della facoltà. Modificare i corsi, il curriculum, il piano di studi. È interessante notare che provenivano dai gruppi in cui erano presenti anche persone di altri corsi di studio (psicologia, antropologia, sociologia).

Bisognerebbe rendere obbligatori corsi di comunicazione, antropologia e psicologia. Non marginali nel curriculum, certo non devono diventare più dei corsi in medicina, ma mantenere un equilibrio obbligatorio tra crediti scientifici e umanistici. Ci potrebbero essere anche corsi che portano testimonianze dei pazienti, ci portano a confrontarci con i vissuti dei pazienti, perché essere paziente aiuta molto a capire. (Gruppo 5).

Rivediamo il piano di studi mettendo al centro il corpo. La centralità del corpo. E si studiano le discipline che parlano del corpo. Poi la formazione deve essere permanente e transdisciplinare. Il professionista lavora bene in mezzo agli altri se è abituato a fare squadra, conosce i diversi lavori. (Gruppo 6).

Infine da due gruppi emerge il tema dell'esercizio della pratica, della simulazione, da farsi all'interno dell'università e con costanza.

Noi siamo partite dal fatto che ci dimentichiamo proprio i gesti di base. Sappiamo che dovremmo fare quelle cose, ma non c'è mai tempo per farlo, subito vengono sacrificati quei gesti se non hai tempo. Potremmo fare delle simulazioni in cui ci dividiamo i diversi ruoli di medico, specializzanda, paziente, ecc. Si potrebbero fare alla fine di ogni corso, perché bisogna poterli fare spesso. L'attenzione dovrebbe essere a come mi approccio al paziente, così mi abituo che queste cose devono essere fatte, che sono importanti. Potremmo valutarci tra di noi. (Gruppo 3).

Una cosa che abbiamo pensato è che si dovrebbe standardizzare anche il lato umano (è brutto?). Perché poi se sulla tua cartelletta c'è scritto «salutare, presentarsi, spiegare le cose banali» è più probabile che lo fai. O chi vuole farlo è legittimato a farlo.

Un'altra cosa è fare delle simulazioni, in università, per trovarsi preparati a capire il paziente. Davanti ho una persona e in qualche modo devo essere preparato a questo. (Gruppo 4).

Simulare, con frequenza e all'interno dei contesti universitari perché si sia preparati alla relazione. Quindi adattare le procedure perché questa relazione sia parte integrante di ciò che un medico deve fare. Nella discussione successiva, la questione della simulazione attira molte attenzioni. Un punto interessante che viene sollevato è chi debba valutare queste simulazioni. Non si tratta di valutare per avere un voto, ma di potersi valutare per poter migliorare. Di avere un riscontro, a esempio, da chi impersonava il paziente di come si è sentito trattato. I professori non paiono adatti per questo ruolo, perché riporterebbero l'ansia da prestazione e magari si focalizzerebbero sulle cose tecniche, rendendo inutili queste simulazioni.

L'incontro a questo punto deve chiudersi per lasciare la sala ad altri. Sono passate velocemente più di due ore. Tutte le partecipanti e i partecipanti lasciano il loro contatto per continuare questi lavori insieme. Propongo loro di seguire questo filo della simulazione, dell'educazione, cercando in altre testimonianze, altre pratiche, altri luoghi, come comporre quello che può servirci conoscere per capire quel mondo là fuori.

2. FORMAZIONE MEDICA E SALUTE COLLETTIVA: L'ESPERIENZA DEL BRASILE

La possibilità di viaggiare in Brasile, ospite dei loro servizi è nata grazie alla collaborazione tra il Master e la l'Associazione Brasiliana Rede Unida.⁸ Questo ha permesso a me e altre colleghe ricercatrici di passare un periodo di tempo in alcune città del Brasile (nel mio caso Rio de Janeiro e Manaus), ospiti del Sistema Unico de Saude (SUS). In Brasile sono rimasto per 16 giorni, con una prima breve tappa a Rio de Janeiro e un periodo più lungo a Manaus, al fianco di un'Unità basica di salute sul fiume Rio Negro. Non ritengo chiaramente esaustivo la ricerca fatta, ma i materiali e le testimonianze raccolti, le osservazioni fatte, così come i luoghi visitati e vissuti hanno certamente il valore di rendere le domande reali, nella speranza possano un domani stimolare una ricerca approfondita e preparata. Come visto nella prima parte di questo scritto non è scontato anche solo poter domandare, purtroppo, ho cercato di fare il meglio di questa fortuna e ringrazio queste organizzazioni per la possibilità.

2.1. Cartografie sociale e Sistema Unico de Saude

Durante i primi giorni a Rio de Janeiro siamo ospiti di alcune istituzioni centrali per la prevenzione e la promozione della salute in Brasile. Il mega centro vaccinale di Botafogo, con la sua clinica di famiglia e la palestra (Academia Carioca) aperte tutto il giorno, il centro di Vigilância em Saúde e l'Observatório Epidemiológico do Rio. Questi luoghi sono importanti istituzioni delle quali operatrici e operatori sono molto orgogliosi.

Il SUS è nato da quelle forze sociali che lottarono in Brasile per il ritorno della democrazia, la sua concezione si incardina nella Costituzione democratica del 1988, nello specifico nell'articolo 196, che tutela e promuove il diritto alla salute universale e egualitario, per il quale lo Stato si impegna a rimuovere eventuali ostacoli:

La salute è diritto di tutti e dovere dello Stato, garantito mediante politiche sociali ed economiche che mirino alla riduzione del rischio di malattia e di altri pericoli e all'accesso universale e egualitario alle azioni e ai servizi per la sua promozione, protezione e restituzione. (Art. 196, Cost. Brasiliana).⁹

8 L'Associação Brasileira Rede Unida riunisce progetti, istituzioni e persone interessate ai processi di trasformazione dei professionisti della salute e al consolidamento di un sistema di salute equo ed efficace che sia caratterizzato da una forte partecipazione sociale. (<https://www.redeunida.org.br/en/>).

9 Traduzione mia dalle versioni portoghese e inglese: (<https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/09/Brazil-constitution-English.pdf>).

Sulla direttrice segnata dalla nuova Costituzione Federale nel 1990, con due leggi di poco successive (Leggi organiche sulla salute) viene istituzionalizzata e normata la creazione del SUS¹⁰, considerato uno dei più importanti progressi sociali per il paese e oggi riconosciuto internazionalmente come uno dei più grandi sistemi sanitari di stampo universalistici.¹¹

Non è un dettaglio aprire sul rapporto tra salute e democrazia. Oltre che per dare una panoramica da cui inoltrarsi nel dettaglio della mia esperienza, racconta di una fiducia che operatrici e operatori hanno nel sistema, grazie anche all'idea di un compito politico della loro professione. Salute come possibilità per la democrazia, per la partecipazione di tutte e tutti, per l'eguaglianza. Questo senso di appartenenza è stato uno delle leve per le importanti campagne di prevenzione e vaccinazione fatte a Rio, anche attraverso i canali social:

c'è un grande lavoro dietro ai social, sfruttiamo per lo più Instagram e Tik Tok, che in Brasile è utilizzato anche dalla popolazione adulta, over 50. Sono un veicolo importante per la comunicazione. Raccontiamo quello che facciamo quotidianamente, le persone vedono il funzionamento del Sus sul territorio e questo crea fiducia. Ci permette di arrivare in luoghi difficili da raggiungere perché storicamente diffidenti verso le istituzioni. A esempio qui a Rio siamo riusciti a ottenere la più alta copertura vaccinale nel 2023, raggiungendo una media del 92% sul territorio della municipalità. Recentemente questo lavoro d'équipe è stato persino premiato da UNICEF e raccontato in un opuscolo disponibile online (Diario di campo 2).¹²

Una motivazione che muove chi lavora in ambito sanitario oltre il solo aiutare gli altri. Qui stiamo facendo qualcosa di importante per gli altri, garantendo loro l'accesso ai diritti, capacitandoli. Una motivazione diffusa che ritroverò a esempio rivendicata con forza e orgoglio da un'infermiera che lavora con le comunità sul Rio Negro:

Sono felice di fare questo lavoro. Può esser faticoso, ma poi penso a tutto quello che stiamo facendo per queste persone. Con Bolsonaro abbiamo temuto il peggio, ma per fortuna è finita. Se portare vaccini, farmaci, cure a tutti è da comunisti, allora sono comunista. E non si tratta solo di questo, perché la missione del SUS non è solo sanitaria, è politica, di formazione e emancipazione dei cittadini (Diario di campo 3).

Altri operatori sono più timidi nel manifestare idee politiche, ma certamente la vocazione democratica di questo lavoro è diffusa in tutte le persone che incontro.

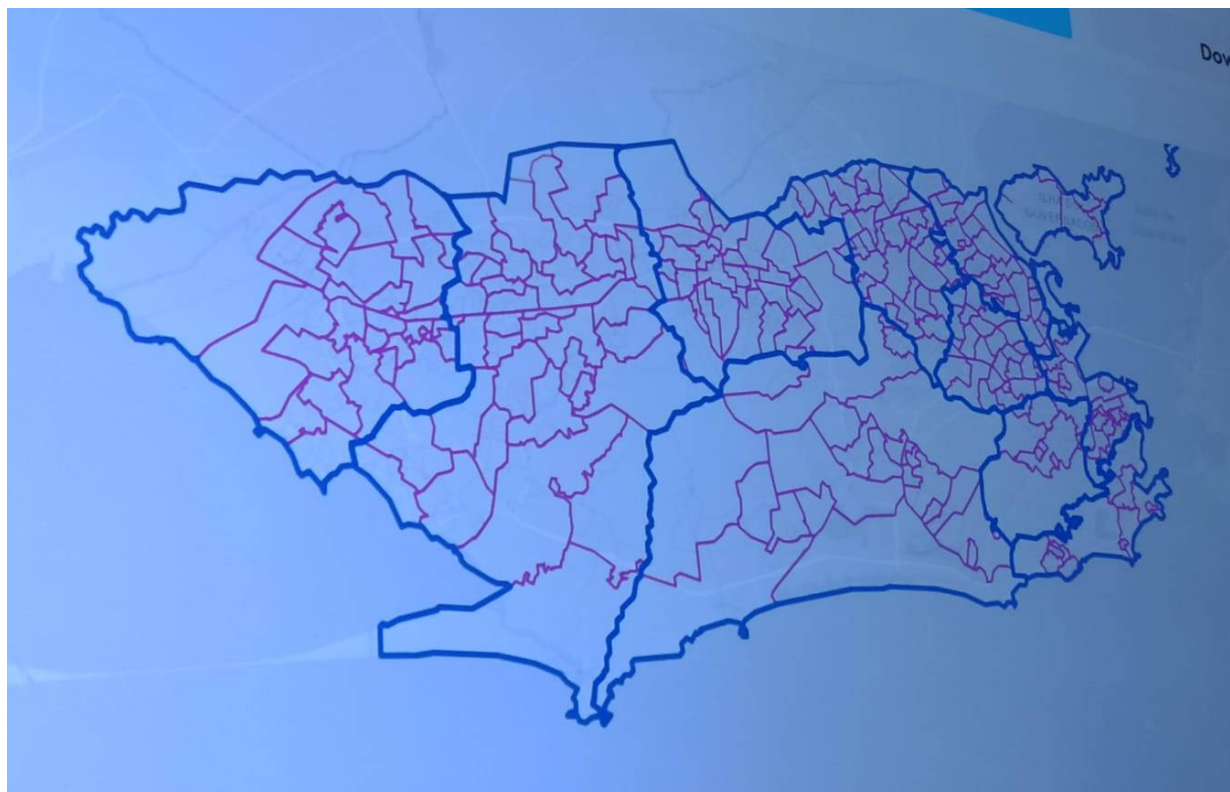
Un punto fondamentale di questo sistema è vedere e far vedere il lavoro che viene fatto, perché come detto crea fiducia. È quindi essere presenti, costanti, diffusi e il sistema è stato pensato così,

10 Similmente, sebbene a democrazia già instaurata, una decina di anni prima anche l'Italia vide la nascita del Sistema Sanitario Nazionale con la legge 833/1978 incardinata sull'attuazione dell'art. 32 Cost. che garantiva il diritto alla salute, mentre la rimozione degli ostacoli alla salute è disposta nell'art. 3 Cost. Presupposti fondamentali per la nascita del welfare contemporaneo, con lo Stato garante di accessibilità ed eguaglianza dell'assistenza sanitaria. Cfr. Nucci 2020.

11 Per lettori e lettrici di lingua portoghese una breve storia della nascita del SUS può essere letta al seguente indirizzo (https://ohs.coc.fiocruz.br/posts_ohs/a-criacao-do-sus-conheca-sua-origem-e-importancia/), inoltre è interessante notare che nello stesso contesto convergente di movimenti sociali per la democrazia viene sviluppata la Salute Collettiva, su questo si veda Nunes 1994.

12 L'opuscolo è disponibile online sul sito di UNICEF: (<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/vacina-rio-reinvencao-estrategia-de-vacinacao>)

coniugando territorialità, decentralizzazione in un sistema unitario. La salute è a finanziamento municipale e così le principali competenze sanitarie su un determinato territorio sono della municipalità. Il territorio della municipalità viene mappato dal servizio di vigilanza epidemiologica secondo geografia disegnate dall'epidemiologia sociale e la mappa, divisa in distretti, aree di competenza delle Cliniche di Famiglia (CF) e zone di competenza delle equipe (2 o più per ogni Clinica di Famiglia, anche in base al territorio, le cliniche di Rio possono averne 5 o 6).



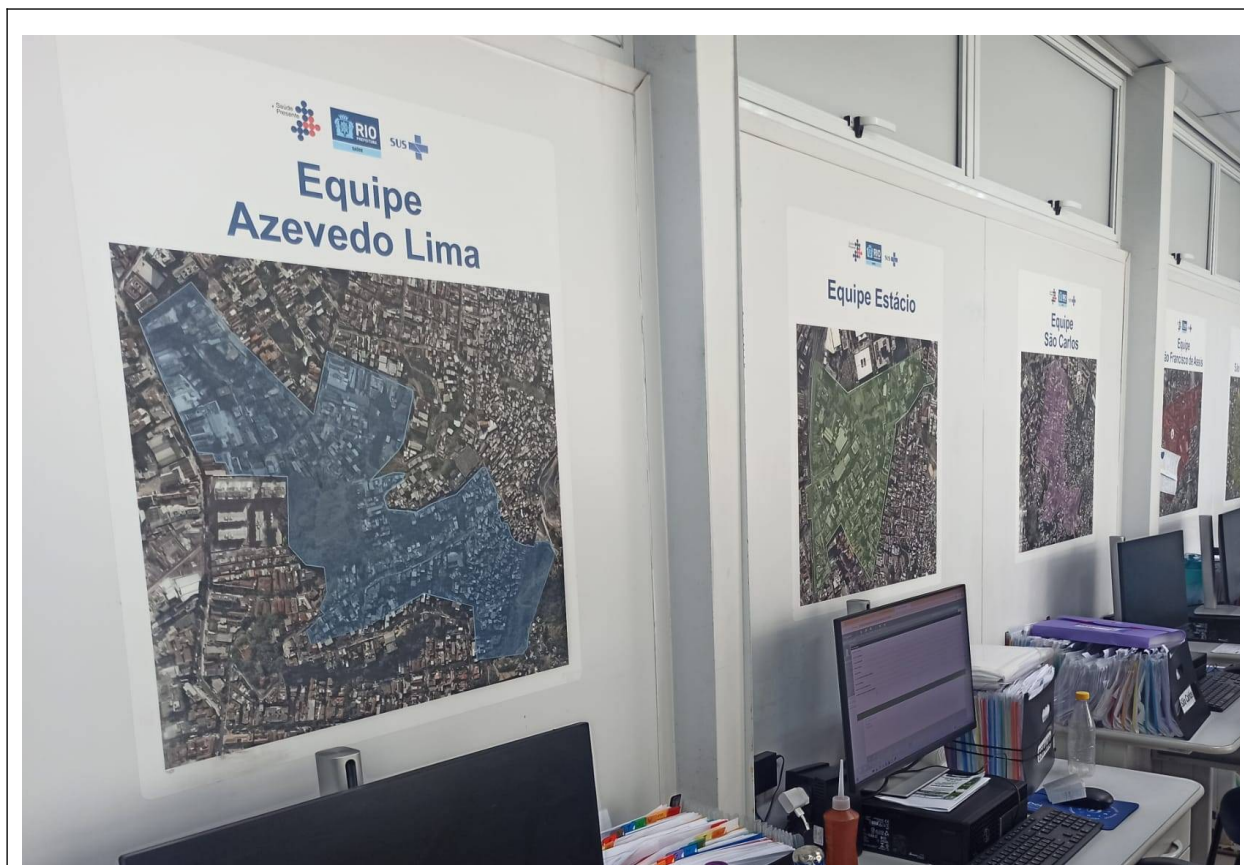
La mappa dei distretti di salute della municipalità di Rio de Janeiro

Nel caso di Rio la municipalità (più di 6 milioni di abitanti) è suddivisa in 10 distretti, delimitati dalle linee blu. Ogni distretto è suddiviso in aree di competenza delle Unità basiche di salute, che fanno capo a un Clinica di Famiglia, aree delimitate nell'immagine sopra dalle linee fucsia. All'interno di ognuna di queste aree lavorano le diverse equipe.

Ogni equipe è composta almeno da un medico, un infermiere/a, un/a tecnico/a infermieristico/a e due Agenti di comunità. Gli agenti di comunità sono la figura di collegamento tra territorio ed equipe, figura cardine per la territorializzazione dell'equipe. Gli agenti sono persone che vivono il territorio in cui lavorano, abitano necessariamente lì¹³. Grazie alla formazione di questi agenti il percorso che abbiamo

13 Mi è capitato sul territorio di Manaus di incontrare un'eccezione a questa regola, ma che si presentava appunto come eccezione.

fatto sulla carta dal macro al micro si inverte. Parte della formazione dell'agente è costruire la carta del suo territorio attraverso la ricerca e la conoscenza delle persone. Produce cartelle di dati sanitari, raccoglie i dati sui determinanti sociali della zona costruendo una cartografia sociale dei bisogni sociosanitari della zona di sua competenza.



Postazioni dedicate alle equipe della CF Olimpico Ricardo Luarelli Souza (RJ), con le relative mappe in bella vista.

Questa è l'impostazione del sistema sanitario su tutto il territorio brasiliano. Con le dovute differenze date dalle particolarità di ogni regione e dalle possibilità di ogni municipalità. Se il sistema è strumento della democrazia brasiliana da un lato, dall'altro proprio il sistema sconta alcune debolezze strutturali di questa democrazia. Così una persona con un ruolo politico nel SUS ci racconta, parlando di tutti i progressi fatti da Rio:

È incredibile quanto l'innovazione possa essere rapida anche nel settore delle politiche pubbliche. Io ho vissuto gli ultimi 40 anni con i diversi prefetti e ho visto come possono influenzare le politiche. Dal 2009 a Rio col nuovo molto bravo e capace. Questo è bello, ma se una persona ha questo potere significa che la democrazia è fragile (Diario di campo 2).

2.2. La salute delle popolazioni dei campi, della foresta e delle acque

Dopo i giorni a Rio de Janeiro mi sposto a Manaus, nell'Amazzonia brasiliana e per dieci giorni seguo l'equipe di salute territoriale di Nossa Senhora do Livramento, insieme a una collega.¹⁴ Manaus è una metropoli immersa nella foresta amazzonica, ci vivono circa 2.3 milioni di persone, che arrivano a 3 se si considera l'intera regione della municipalità. Da Ovest verso Est, passando a Sud della città, scorrono i fiumi Rio Negro e Rio Solimoes. Proprio qui a Manaus i due fiumi confluiscono l'uno nell'altro dando vita al Rio delle Amazzoni. Foresta, città, fiumi, formano un imponente ecosistema, dove questi attanti sono in un costante rapporto anche conflittuale. Per quanto la città aggredisca la foresta, non può far a meno di risultarne trasformata e questo da secoli.



Noi facciamo base a Manaus, in città, come medici, infermiere e tecniche dell'Unità in cui andremo a lavorare. Ogni mattina ci si reca a un imbarco a a ovest della città, dove ogni giorno arriva chi va a lavorare in queste comunità di fiume, ma soprattutto chi dalle comunità va a lavorare in città. Le persone che vanno in città dalle comunità fluviali sono molte, in città, ci raccontano, c'è lavoro. La lancia comunitaria parte dalle comunità più distanti e scendendo il fiume si ferma, come un autobus, nelle

¹⁴ La dott.sa Beatrice Todaro, dottoranda che sta attualmente svolgendo una ricerca sulla Salute Collettiva tra Italia e Brasile, che ringrazio per gli scambi continui e fertili, così come per la possibilità di lavorare in squadra in alcune occasioni.

comunità più prossime fino all'imbarco cittadino, da lì il viaggio prosegue con uber o gli autobus. È un viaggio che può durare anche 2 ore, delle quali 1 ora e mezza passate in barca, per chi abita più distante. Chi ha possibilità si ferma anche per l'intera settimana in città e rientra nella sua comunità solo il fine settimana. Poi bisogna tenere conto del fiume. Se si prevede una secca, avviene quello che chiamano l'esodo. Tutte le persone cercano di organizzarsi per arrivare in città prima della secca, portandosi il necessario per restarci finché necessario. Il SUS mette a disposizione delle lance dedicate alle sue operatrici e ai suoi operatori. Bisogna essere puntuali però!



Il nostro imbarco a Manaus. La struttura centrale permette l'attracco alle barche di comunità e a quelle del SUS, intorno attraccano o ormeggiano lance private. Sullo sfondo i grandi hangar di yacht per lo più stranieri.

Nossa Senhora de Livramento è una comunità di circa 1200 persone, che vivono sul Rio Negro. Quasi 400 famiglie che vivono nel centro abitato di Nossa Senhora do Livramento, in centri vicini, in piccole comunità fluviali, in villaggi indigeni e in case sparse tra la foresta e il fiume. È una comunità multiculturale, composta da riberinhos (abitanti del fiume) e popoli originari di quelle terre, che vivono per lo più di sostegni statali, pesca e agricoltura.



L'ingresso di Nossa Senhora do Livramento. Il fiume è la strada più rapida e sicura, ma in caso di secca bisogna farsi lasciare dove possibile e camminare.

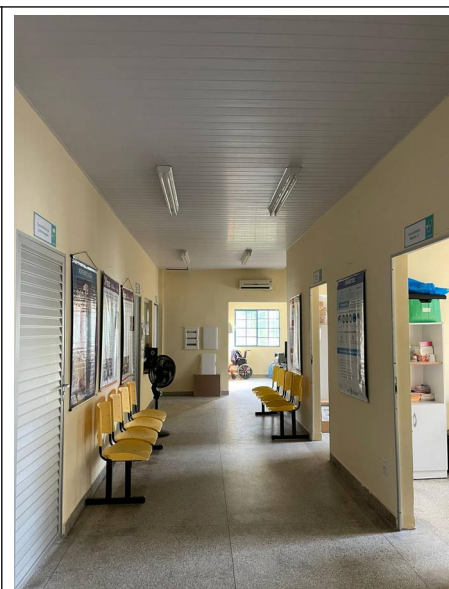
L'Unidade Rural de Saude Familiar de Nossa Senhora do Livramento (URSF-NSL) è una piccola clinica territoriale che serve tutta questa popolazione, moderna e ben fornita. Dispone di due ambulatori medici, una sala per interventi odontoiatrici, una stanza per il triage infermieristico e una dedicata alle vaccinazioni. Qui si occupano di prevenzione, promozione, oltre a fornire consulenze e medicinali generici. Da qui vengono fornite a tutto il territorio le vaccinazioni e le cure dentali.

A questa clinica fanno riferimento quattro equipe, due di queste sono fisse nella clinica e si dividono il territorio principale, altre due fanno base in comunità vicine e si appoggiano alla clinica, al bisogno. Per questi dieci giorni quindi seguiremo una di queste equipe, formata in questo caso da un'infermiera, un medico di medicina generale, una tecnica infermieristica, due agenti comunitari di salute, un medico odontoiatra con l'assistente.

Lungo la settimana il lavoro si svolge parte in ambulatorio con normali visite e interventi, parte fuori con visite a domicilio, attività collettive di promozione e educazione alla salute (promozione nelle scuole, ginnastica collettiva, scambio partecipato tra equipe e comunità).



L'USFR Nossa Senhora do Livramento



L'ingresso e sala d'attesa

A guidarci la maggior parte del tempo è Elvis, medico odontoiatra formato anche in Salute Collettiva. Oltre al lavoro in ambulatorio Elvis ha creato un personaggio, il Dottor Sorriso della Foresta, che usa per la comunicazione e la promozione. Questo anche grazie a una precedente formazione come attore. Il suo personaggio è centrale anche per laboratori di Salute Collettiva. Uno dei lavori di cui è più orgoglioso è la creazione della Canoa in cui vengono depositati tutti i saperi sulla salute orale. La canoa risale il fiume con lui quando visita le comunità e dentro di essa c'è spazio per tutto ciò che le persone utilizzano al fine di curarsi la bocca. Elvis mette dentro spazzolino, dentifricio, filo interdentale e le altre persone mettono erbe, radici o altro ancora. Poi si fa raccontare a cosa servono questi oggetti, come li usano, e lui racconta come usa i suoi. Elvis ha molta libertà nel pensare questo tipo di laboratori, dice anzi di essere stimolato a muoversi in autonomia. Il dottor Sorriso della Foresta è una maschera che gli permette di sgravarsi dalla figura autoritaria del medico e mettersi all'ascolto dei saperi altrui. È una persona esuberante e coinvolgente e anche lui crede nella missione politica oltre che sanitaria del suo lavoro.

Quello che trovo importante, che cambia anche la pratica quotidiana, è che io sono un medico odontoiatra dentro al mio studio in ambulatorio, ma fuori dallo studio io sono un operatore di salute del SUS. Per il SUS produrre salute è produrre democrazia e il mio primo ruolo è questo. (Diario di campo 2).

Più volte mi ha ribadito che lui è orgoglioso di offrire tutte le prestazioni di salute orale gratuitamente e con strumenti e prodotti di qualità grazie al SUS. Ha anche un piccolo studio privato in città, ma dice che nel privato la qualità difficilmente è così alta.



Elvis improvvisa un momento di promozione sull'igiene orale in sala d'attesa.



Uno dei poster sulla ricerca-azione fatta dall'equipe di USFR-NSL tramite il personaggio del dottor Sorriso della Foresta.

Anche se qui è un po' un paradiso, non ci si può fermare. Non mi siedo alla mia scrivania e dico "avanti il prossimo". Curarsi della salute collettiva significa una formazione permanente oltre la specializzazione. Imparo dalle persone chi sono, quali reti di sostegno hanno, come vivono e imparo dai luoghi e i ritmi del territorio: se il fiume è in secca passerò più tempo fuori dalla clinica, presso le persone, se il fiume è in piena posso stare di più qui e le persone verranno a trovarmi (Elvis – Diario di campo 3).

Anche nell'ottica dei discorsi prodotti con studentesse e studenti italiani osservo che effettivamente il luogo è un paradiso, e la struttura seppure piccola e marginale ha tutto quello che serve e questo aiuta a vivere bene la pratica medica. Ma questo non sarebbe sufficiente se non viene integrato con la formazione in salute collettiva. Perché predispone a un atteggiamento epistemologico, lavorativo, relazionale di continuo apprendimento. Conosco le persone e il mondo in cui vivono, imparando dai ritmi della vita della comunità a cui appartengo per poterne assecondare la vita, anziché oppormi a essa con la standardizzazione. Non è un lavoro facile, perché mettere i saperi sulla stessa barca, canoa in questo caso, richiede una disposizione all'alterità che non si può dare per scontata in un professionista.

Imparo dalla comunità i suoi saperi e mescolo ai loro il mio. Ma devo esser disposto a farlo e inventare forme di incontro nuove per far sì che questo mescolamento accada.

Il movimento è inizio, metà, e di nuovo inizio, non fine [começo meio começo]. Quando faccio la *Maloca do Conto*, arrivo con la canoa dei saperi e su questa canoa c'è spazio per tutti i saperi. Chiedo come ci prendiamo cura di un mal di denti e ascolto i racconti. Ognuno ha la sua storia che è un intreccio di saperi sul proprio corpo e di saperi di cura, personali e comunitari. Ogni sapere è accolto nella canoa. Qui e così si crea salute. Poi distribuisco spazzolini, dentifrici, visito chi vuole farsi visitare, spiego come ci si lava i denti e quando è il caso di venirmi a trovare se serve un intervento.

Certo che amo questo lavoro, guarda cosa mi permette di fare per questa comunità! (Elvis – Diario di campo 3).

Questo costante inizio, questo sempre di nuovo, *começo meio começo*, è il nome di una serie di corsi in salute collettiva rivolti a chi lavora con le popolazione dei campi, della foresta e delle acque, che mi è stato gentilmente fornito dalla dott.sa Thalita Guedes. È un concetto centrale nella formazione e che si ricollega al più ampio discorso sulla salute collettiva, che vorrei brevemente descrivere per contestualizzare queste osservazioni.

2.3. Alcuni accenni alla Salute Collettiva nel suo rapporto con la formazione

2.3.1. Cenni storici sulla Salute Collettiva

La salute collettiva brasiliana nasce in quel contesto di riforme democratiche e partecipative, delle quali ho accennato a inizio capitolo. Le stesse forze sociali che si trovarono unite per la democratizzazione della salute che porterà al SUS, conosciute come il Movimento di Riforma Sanitaria, furono parte del rinnovamento richiesto anche agli ambienti accademici sul tema della salute. Centrale, nella loro critica, era l'idea di andare oltre i limiti e la frammentazione di discipline come la medicina preventiva, la medicina di comunità, la salute pubblica e la medicina di famiglia. Bisognava pensare la costruzione di un campo di pratiche interdisciplinare, che potesse mettere a oggetto il rapporto fondamentale tra democrazia e salute (cfr. L. Viera-da-Silva, J. S. Paim e L. B. Schraiber 2014).

L'espressione salute collettiva, verrà usata per la prima volta nel 1979, come titolo del primo incontro nazionale sul tema dei corsi post-laurea in medicina sociale, medicina preventiva, salute comunitaria e salute pubblica. Questo incontro porterà alla nascita dell'Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ivi, p. 7). L'associazione ABRASCO sarà una delle attrici fondamentali nello sviluppo del tema salute e democrazia durante il crollo della dittatura, lungo il periodo costituente fino (e oltre) la nascita del SUS nel 1990 (ivi, p. 11) Oggi l'Associazione insieme al lavoro della fondazione Oswaldo Cruz e alla Rede Unida sono attrici fondamentali nella difesa del diritto alla salute attraverso lo sviluppo in collaborazione con il Ministero della Salute di percorsi di formazione post-laurea, specializzazione e dottorati di ricerca.

2.3.2. Cenni teorici sulla Salute Collettiva

La Riforma Sanitaria brasiliana porta quindi a un ripensamento delle pratiche e delle politiche per garantire il diritto alla salute al popolo brasiliano. Il concetto di Salute Collettiva, in questo momento costituente, riporta l'attenzione ai determinanti sociali in primis, al mondo in cui le persone vivono in

salute o in malattia. Eredita dalle scienze sociali e umanistiche tutto il portato novecentesco di critica ai concetti di normalità e patologia e sviluppa questa eredità in una pratica medica e formativa, istituzionalizzata, che si contrappone all'universalismo biomedico-naturalista (cfr. Birman 2005).

La Salute Collettiva brasiliana si consolida come spazio *multiprofessionale* (che riunisce diverse professioni) e *interdisciplinare* (che necessita l'integrazione di saperi da diverse discipline). Il suo sviluppo, tanto teorico quanto nelle pratiche corrispondenti, tende a oltrepassare le barriere disciplinari. In questa prospettiva, la sua evoluzione va nella direzione di quello che il sociologo Pierre Bordieu ha chiamato un *campo*, ossia un microcosmo sociale relativamente autonomo, con oggetti specifici [...] (L. Viera-da-Silva, J. S. Paim e L. B. Schraiber 2014, p. 10)

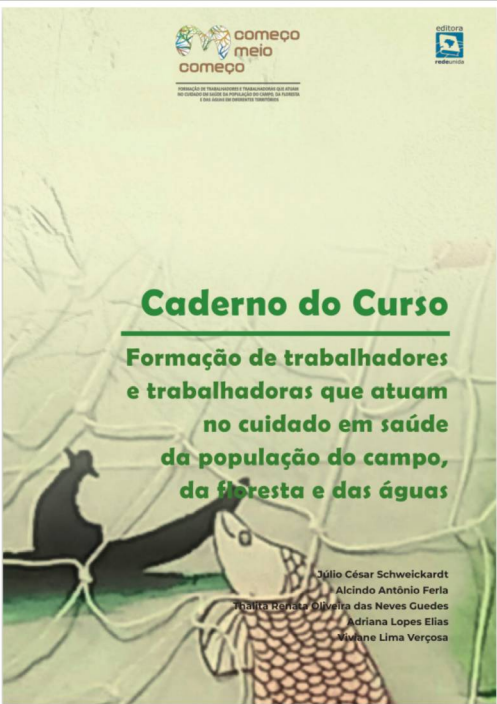
La salute collettiva non può che essere multiprofessionale e transdisciplinare per via del campo a cui si rivolge: la difesa della salute della vita. La complessità e ampiezza di ciò che studiare la vita mette in gioco, non può essere sufficientemente studiato dal naturalismo biomedico. L'eredità dei processi di decolonizzazione e democratizzazione permette lo sviluppo di presupposti epistemologici come la derazzializzazione e la deinfantilizzazione del sapere: i saperi che ho di fronte a me, come mi raccontava Elvis, sono potenti, sono validi, dicono qualcosa del mondo e dei loro corpi che io devo imparare ad ascoltare (cfr. Amorim de Medeiros e Guarnieri 2022).

Il campo della Salute Collettiva quindi si sviluppa a partire dalla produzione della conoscenza necessaria a comprendere la salute come espressione della vita e ad esplicitare i determinanti sociali che partecipando alla costruzione del mondo in cui questa vita si produce. In questo senso, l'oggetto della Salute Collettiva sono tutte le pratiche (multiprofessionalità) e i saperi (transdisciplinarietà) che si rivolgono alla salute. Salute riferito al collettivo, come campo strutturato di relazioni sociali in cui la salute e malattia assumono i propri significati (ivi, p. 3).

2.3.3. Começo Meio Começo

A partire dai presupposti qui sopra si capisce l'importanza di quello che raccontava Elvis sul riuscire a rinnovare la conoscenza ogni giorno di fronte a ogni sapere. Non c'è solo quindi l'importanza di un ruolo politico e le strutture che permettono di svolgere il proprio lavoro con fiducia e autonomia. Grazie alla formazione si produce in chi cura la possibilità di un atteggiamento culturale e epistemologico nuovo. Capace di stare di fronte alle vite e ai saperi altrui e imparando da essi come aiutarli a produrre più vita e più sapere. Un esempio di questo è il corso per la formazione dei lavoratori e le lavoratrici che curano la salute delle popolazioni del campo, della foresta e delle acque (2025), che cala la salute collettiva nel particolare del contesto amazzonico. Di questo corso, vorrei riprendere alcuni punti teorici.

“Começo Meio Começo” è più che un corso di perfezionamento perché si tratta di mescolarsi nei territori dell'Amazzonia, è una formazione situata, una formazione che guarda alle dinamiche del luogo, alle sue genti e alle sue pratiche. Per questo non potrebbe mai essere solamente un processo di apprendimento di conoscenze sopra qualcosa che “non sappiamo” (ivi, p. 6).

	<p>La copertina del volume introduttivo al corso, strutturato poi in successivi 5 volumi, che fanno da supporto alla didattica (online) e stimolo conoscenza del proprio territorio, da svolgere in autonomia.</p> <p>Il corso è nato dalla collaborazione tra il <i>Grupo da Terra</i> (collettivo di 24 movimenti sociali da tutta il Brasile), il Minisero della Salute e successivamente Fiocruz Amazonia (fondazione Oswaldo Cruz) e l'Associazione Rede Unida.¹⁵</p>
---	---

Il punto di partenza è quel rapporto tra democrazia e salute alla base del SUS, di cui ho parlato. Questa missione del SUS porta la produzione di salute oltre la tecnologia e i servizi verso la produzione di cittadinanza. Nel territorio amazzonico le sfide per questo sistema sono quelle della mancanza di operatrici e operatori e la bassa sensibilità che il sistema dimostra nei confronti della complessità necessaria per produrre salute nei territori in cui vivono le popolazioni riberinhe, quilombolas e indigene (ivi, p. 10).

Sono queste popolazioni le principali vittime dei grandi progetti del “progresso”, che trasformano i luoghi e gli ecosistemi, devastando la foresta, contaminando le acque al punto che nella regione con le maggiori riserve idriche del pianeta non c'è acqua potabile per chi le abita. È in questo contesto, opponendosi al capitalismo predatorio e estrattivista, che il SUS può rinnovare la sua missione di democrazia ed emancipazione. Questa formazione ha questi obiettivi e per questo ha una grande importanza sociale e scientifica. I presupposti teorici per sviluppare questa formazione sono quelli dell'essere «in situazione».

Questa dimensione situata della formazione, che è necessario sia permanente, è anche riconoscere che le popolazioni del campo, della foresta e delle acque hanno concezioni di salute e relazioni con l'ambiente diverse da quelle che vengono istituite nei contesti urbani (ibidem).

15 È possibile reperire gratuitamente il materiale di supporto al corso, online, sul sito dell'editore Rede Unida: (<https://editora.redeunida.org.br/project/caderno-do-curso-formacao-de-trabalhadores-e-trabalhadoras-que-atuam-no-cuidado-em-saude-da-populacao-do-campo-da-floresta-e-das-aguas/>).

Queste popolazioni incorporano rapporti diversi con se stessi, gli altri e l'ambiente. Portano saperi costruiti su questi rapporti, saperi che però si conservano tramite le pratiche e il discorso orale, è questo incapacità della nostra cultura di comprendere oralità e pratica ha contribuito alla loro invisibilizzazione.

Per questo la formazione *Começo Meio Começo* non può essere e non può proporsi come un processo che trasferisca delle conoscenze, perché nonostante il contatto continuo con queste popolazioni noi non le conosciamo, «non sappiamo». La formazione deve allora mirare a costruire operatrici e operatori consci di questo non sapere, ai quali fornire strumenti metodologici che stimolino il dialogo e la conoscenza situata nei mondi quotidiani di queste popolazioni. Per restare nel quotidiano e nel rapporto con l'alterità c'è bisogno di una disposizione a iniziare sempre di nuovo.

Cerchiamo di essere «confluenti», come direbbe Nego Bispo, al fine di una formazione compromessa dalla vita dell'Altro, dalle sue necessità e a partire dalle sue specificità e i suoi propri andamenti di vita (ivi, p. 6).

I saperi di questi Altri sulla vita, sulla salute e sugli ecosistemi sono saperi orali, costituiti a partire da saperi ancestrali. Solo condividendo il mondo, «confluendo», è possibile imparare. Questo corso dà solo gli strumenti perché il vero momento di apprendistato sarà là fuori, nella conoscenza di persone e luoghi, di pratiche e saperi.

Non ho avuto personalmente occasione di seguire i corsi. Qui sicuramente, però, ci sono direzioni per sviluppo successivo. Indagando come questa formazione si declina nel campo della salute. Perché se condividiamo con il Brasile il sapere delle scienze sociali, tecnologiche e umanistiche, non condividiamo la forza e la diversità di saperi altri che in Europa sono stati resi invisibili e forse perduti. Pur non avendo occasione in questo testo di addentrarmi, concludo riportando la struttura del corso, come esempio e stimolo per la riflessione pedagogica.

<p>Trilha 1 Cartografia de território: gente, lugar e jeitos de estar no lugar.</p> <p>Trilha 2 Trabalho situado: coletivos de trabalho, produção de saúde e os usuários como guias.</p> <p>Trilha 3 Temas geradores para a aprendizagem embasada em projetos e temas transversais em um projeto cuidador situado.</p> <p>Trilha 4 Projeto Territorial Singular: clínica do cuidado, intersetorialidade, participação social e educação permanente em saúde.</p> <p>Trilha 5 Política pública, diretrizes do sistema de saúde e modos de operacionalizar uma política de saúde no campo, floresta e águas.</p>	<p>I cinque moduli tematici del corso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cartografia del territorio: persone, luoghi e modi di vivere in quei luoghi. 2) Lavoro situato: collettivi di lavoro, produzione di salute e gli utenti come guide. 3) Temi per generare conoscenza basata su progetti e temi trasversali su un progetto di cura situato. 4) Progetto Territoriale Unico: clinica della cura, intersetorialità, partecipazione sociale e educazione permanente in salute. 5) Politiche pubbliche, direttive del sistema di salute e modi di rendere operative una politica di salute nel campo, nella foresta e nelle acque.
---	--

2.4. Ancora uno spunto di riflessione su lavoro e fatica

Ci sono alcuni punti che vorrei ancora riprendere, ripetere, aggiungendo alcune ulteriori osservazioni dal periodo a Nossa Senhora do Livramento. Una componente importante del senso del proprio lavoro come sanitario è data da riuscire a aiutare, riuscire a curare, a essere presenti per la propria comunità (i popoli di fiume o i popoli dei condomini). In questo, aiutano ad aiutare una formazione che permette di vedere la complessità e poi viverla con fiducia (inizio e di nuovo inizio può diventare un incubo altrimenti, l'incubo del quotidiano che diventa prigione); la consapevolezza di un ruolo politico; il senso di appartenenza alla comunità; un sistema che ti fornisce strumenti e fiducia per lavorare.

Nossa Senhora do Livramento è una comunità piccola. Gli operatori amano lavorare qui. C'è un po' di rivalità tra le due equipe dentro alla Clinica, ma nessuno definisce il suo lavoro stressante. Del resto l'organizzazione, l'orgoglio e la diffusione della salute per mezzo di prevenzione, promozione e protezione della stessa lo si vedeva anche a Rio che è tutt'altra città, situazione e contesto. Ad aiutare la pace di Nossa Senhora do Livramento c'è il fatto, come mi spiega un'operatrice durante un domiciliare, che è in una zona di riserva naturale: la popolazione non è molta e non può crescere di molto perché non si può costruire. Questo rende il lavoro domiciliare tranquillo rispetto ad altre comunità dove invece si trovano molte persone.

Uno dei medici mi spiega che le sfide che loro hanno qui sono importanti perché devono imparare a vivere questo territorio con la sua grande diversità e in questo rapporto con la foresta e il fiume, ma in città le sfide sono quasi impossibili, nei grandi ospedali statali ci sono problemi seri con il burnout lavorativo. È una cosa che mi conferma anche Elvis, alla quale sta lavorando con un tavolo sull'argomento della municipalità di Manaus.

Ammalamento degli operatori. Ammalamento perché non è che caschi dal cielo. Le condizioni di lavoro ammalano, ed è un grosso problema a cui stiamo lavorando (Elvis – Diario di campo 3).

Ho anche occasione di andare in visita a una comunità composta dalla popolazione originaria di quelle terre e acque. Sono con l'altra equipe questa volta e due medici formatori, rappresentanti della Escola de Saude Publica che si trovano lì per osservare il lavoro dell'equipe e studiare come integrare nella formazione dei medici di famiglia un periodo residenziali anche in questo tipo di comunità. Uno di loro mi racconta che nei grandi ospedali statali e federali quello del burnout lavorativo è un grosso problema. Strutture, forniture e personale non sempre sono sufficiente in contesti ad alta urbanizzazione. Anche in questo caso stanno studiando come integrare la formazione.

In alcuni casi si fa formazione sulle metodologie di gestione dello stress, che basta giusto a ridurre il danno, ma introduce pratiche positive per lavorare in contesti che assumono la forma dell'emergenza continua. In altri si stimola la nascita di gruppi di formazione permanente¹⁶ o strutturati secondo il metodo Balint¹⁷ per il supporto tra pari. Questo è un supporto più solido, che entra nei gruppi di lavoro e li organizza perché abbiano il tempo e lo spazio per praticare queste metodologie. Il concetto fondamentale a cui fanno riferimento, utile al di fuori del mondo della salute collettiva, è quello di Prevenzione Quinquenaria (concetto introdotto dal portoghese José Agostinho Santos, medico di famiglia¹⁸), la prevenzione tramite pratiche e politiche rivolte a chi cura.

Da un lato i tempi e gli spazi larghi, i ritmi lunghi del fiume, ma non meno impositivi, permettono un certo tipo di lavoro che viene integrato grazie alla formazione in salute collettiva, capace di leggere il mondo continuamente nascente di relazione in cui chi si prende cura deve muoversi. Dall'altro i tempi compressi, gli spazi stretti, i ritmi nervosi della città che troppo facilmente patologizzano, ammalano, e in questi ritmi il tentativo di riaprire spazi, di creare il tempo, di opporre alla lavoro ammalato il suo riflesso e farlo fermare, riflettere.

16 I gruppi di formazione, educazione permanente, si basano sulla «pedagogia della libertà», elaborata dal pedagogista brasiliano Paulo Freire come strumento per mobilitare le coscienze della popolazione oppressa, dei poveri, all'interno del sistema sociale diseguale. Anche per queste idee Freire verrà incarcerato dal regime dittatoriale brasiliano nel 1964, si veda a esempio Freire 2024.

17 Il metodo Balint, dal nome del loro creatore il medico e psicoanalista Michael Balint, si rivolge alla costituzione di gruppi di auto cura e auto aiuto rivolti a professionisti e professionisti della cura. Qui si lavora alla promozione del benessere lavorativo e alla «manutenzione del curante», così come alla produzione di strumenti utili per il rapporto tra medico e paziente. Molte importanti informazioni su questo metodo, che richiede una persona formata, posso essere reperite sul sito della Balint Society: (<https://balintsociety.org.uk/>).

18 A introduzione dell'argomento, per i lettori di lingua portoghese, si possono leggere tesi di Santos come Santos 2014 e Santos 2019.

3. PENSARE UNA LIBERAZIONE DELLA PRATICA MEDICA

In questa terza e ultima parte di questo lavoro vorrei riprendere il filo interrotto dal primo capitolo. Se il terzo capitolo ha tipicamente funzione di sintesi, mi si perdonerà il fatto che questa sintesi non è cronologica. Il secondo incontro infatti è avvenuto prima del Brasile e d'altro canto per quanto abbia finto una sorta di neutralità descrittiva del primo incontro, grazie ai diari di campo e agli appunti a esso contemporanei, non è esente dal mescolamento con riflessioni posteriori.

Descriverò quindi brevemente gli incontri successivi, che non hanno avuto la forza del primo perché a esso guardavano e a quei temi cercavano di dare risposta. Un breve paragrafo sarà poi dedicato ad analizzare quelli che ritengo alcuni problemi di questo lavoro. Concludendo poi con una riflessione, stimolata dalla domanda di partenza e che si rivolge al rinnovamento del laboratorio Medicina e Comunità.

3.1. Il secondo incontro. Esercitare l'infrazione

A partire dal primo incontro, il secondo si configurava come una possibilità di riflettere su ed esplorare pratiche di gioco, clowneria e teatro. Considerate non appartenenti alla pratica medica, queste pratiche portano l'attenzione sul gesto, sulla relazione e partecipano ai processi di cura anche ospedalieri ogni giorno, pur venendo difficilmente riconosciute. L'incontro era diviso in due parti, una prima prevedeva un laboratorio con Enrico Vezzelli, clown sociale, mentre la seconda ospitava il presidente dell'Associazione Giocamico, associazione che porta volontari a giocare con bambine e bambini nei reparti ospedalieri.

Si trattava quindi di esplorare quella creatività che permette l'infrazione del gesto tecnico a favore della cura raccontata da Fanetti e Draoli, così come conoscere l'esercizio della maschera a favore del medico per come mi avrebbe successivamente raccontato Elvis in Brasile. I due venivano introdotti come una possibilità di portare l'attenzione al tema emerso dal primo incontro della non spontaneità dei gesti di cura, così come alla possibilità di pensare delle simulazioni della relazione con gli altri.

La tematica della maschera non deve far pensare a un nascondimento del sé, se mai, a una rielaborazione creativa delle mille maschere pirandelliane che portiamo con noi. In questo senso, maschera è anche il casco del distacco emotivo, quella rimozione insegnata in medicina alla quale sembra non esserci alternativa. D'altro canto quella maschera, trova il suo fondamento nella difesa stessa della

salute, in questo caso degli operatori, come racconta bene un romanzo letale sulla medicina *House of God*:

«Sei bianco come un cadavere» disse Cohen. «Quel tipo ti ha veramente stravolto».

“Io non so come farò a sopportare altre ventitre ore di questo”

«Il segreto è far decatessi. Sottrai dall’investimento emotivo in ciò che stai facendo. È come mettersi in testa un casco speciale, e andare in giro con l’auto-pilota. Emotivamente, ti sottrai, in modo che non sei più veramente lì. Sopravvivenza, eh?»

“Seh. Come vorrei avere un casco spaziale.”

«Non un vero casco spaziale. La decatessi è un casco spaziale interiore. Quasi tutti i lavori richiedono la decatessi, sai perché?»

“Perché?”

«Perché tutti i lavori sono noiosi, eccetto questo qui. Prova.»

Vesto il mio casco spaziale immaginario, metto la modalità autopilota e faccio decatessi da pazzi. Mi faccio strada tra litri di urina e mi immergo nel flusso costante di uomini spaventati [...] (S. Shem 1978, pp. 227-228, traduzione mia).

Il brano è riportato (e così l’ho portato al gruppo) nel libro della dottoressa Dagmar Rinnenburger sulla cronicità, nella parte in cui riflette sulle conseguenze del lavoro contemporaneo nei contesti sempre più diffusi di cronicità delle malattie. Il casco spaziale è la strategia di difesa da un contesto emotivo che non possiamo permetterci di affrontare, non solo perché non preparati, ma anche perché troppo. Ma l’altra faccia della medaglia è che questo casco è già espressione dell’esaurimento della persona. La depersonalizzazione – simile alla decatessi specifica Rinnenburger – può essere già sintomo del burnout. Ci distacciamo da noi stessi per difenderci e questo distacco ci allontana anche dalle persone che dovremmo curare e tende a oggettificarle (D. Rinnenburger 2019, pp. 26-28).

In quella stessa fragilità che porta a cercare il casco e il distacco può nascere però un’altra maschera. Il racconto della nascita della comicità proprio in quella fragilità, che deve però essere accolta e poi offerta al mondo. Questa fragilità è parte essenziale del linguaggio del clown, ed è insieme la sua potenza che viene comunicata attraverso il gioco, il corpo, la voce e lo sguardo e grazie a questo uso del mondo questa comunicazione cerca di essere universale. Non si tratta di pensare il clown teatrale, il performer o il clown con il naso rosso. Si tratta di pensare quella personalità creativa che abita la nostra persona. Un modo di essere che sceglie l’ascolto “qui e ora” adattandosi alle necessità specifiche del contesto, mirando sempre a generare nuove forme di relazione, ricombinandole, risignificandole. Si tratta di capire che quando entro come dottore “scelgo” di entrare con la maschera di un certo dottore. L’esercizio della creatività permette di cambiare questa maschera senza che si perda il dottore (rielaborazioni dalle parole di Enrico – Diario di campo 1).

Certo, non posso esercitare la creatività nel mezzo dell'emergenza. Proprio perché è esercizio, richiede uno spazio per l'esercizio. Così nel contesto del laboratorio abbiamo iniziato a provare, guidati da Enrico, alcuni semplici esercizi teatrali sulla fiducia, sulla presenza mia e dell'altro, su come occupo e mi posturo in uno spazio. La pratica clownistica, teatrale, giocosa è credo un altro modo di praticare la narrazione di sé e del rapporto che creiamo per curare. Deve essere esercitata perché non può essere un oggetto usa e getta, ma deve mirare, come già visto con Zannini per la medicina narrativa, a creare una buona storia, che dia la sensazione di aver dato forma agli eventi (L. Zannini 2008, p. 81).

Una delle tante forme creative a nostra disposizione per ripensare la maschera, per impedire il distacco e anzi favorire il contatto, elemento fondamentale alla base della costruzione di una comunità che cura:

Nella pratica medica, spesso dimentichiamo o non sappiamo quanto la perdita del contatto rappresenti una minaccia per gli ammalati, quanto sia debilitante la preoccupazione che certe cose, qualora siano dette, possano provocare un'interruzione nella comunicazione. [...]

L'attenzione e la rappresentazione, infatti, culminano nell'azione. Se si utilizza la narrazione con competenza e senso del dovere, è possibile *fare* cose per gli ammalati, *unirsi* ai compagni di squadra in maniera più sistematica e personale, proprio in virtù degli scambi reciproci. A partire da ciò che scriviamo e leggiamo – nelle facoltà, in un distretto sanitario, tra i membri dello stesso reparto –, costruiamo una comunità, anche senza saperlo. Quello che all'inizio sembrava un semplice effetto positivo, diventa una spinta: *i nostri atti narrativi ci permettono di connetterci in diadi di cure efficaci con i singoli pazienti e con i colleghi, all'interno di collettività professionali coerenti* (R. Charon 2019, pp. 165-166, corsivi originali).¹⁹

Il tempo, tiranno come si dice, non ha permesso un adeguato momento di riflessione su quanto fatto, anche se da alcune parole scambiate all'esterno del laboratorio mi è sembrato che non fosse ben chiaro a tutti come questo lavoro potesse servire alla formazione del medico.

3.2. Gli incontri successivi. Il ruolo politico della medicina

I due incontri successivi sono più riflessivi e meno partecipati. Siamo nel periodo degli esami e diverse persone mi manifestano la difficoltà di prendersi un momento per venire. Lato mio, il viaggio in Brasile spezza le tempistiche e la mia attenzione alla manutenzione del gruppo. Partecipano a agli incontri 5-9 persone, numero che comunque permette di continuare la riflessione.

3.2.1. Il Brasile e la Salute Collettiva raccontata al gruppo

Durante il terzo incontro racconto le osservazioni fatte in Brasile, a Rio e Manaus, in poche parole il contenuto del secondo capitolo di questo lavoro. La discussione successiva si sofferma su alcuni punti che attirano maggiormente l'interesse.

1) l'orgoglio per il lavoro di sanitario e la dimensione politica della cosa;

¹⁹ Tutti i brani citati in questo paragrafo erano stati anche in questo stampati e distribuiti a tutte le persone presenti.

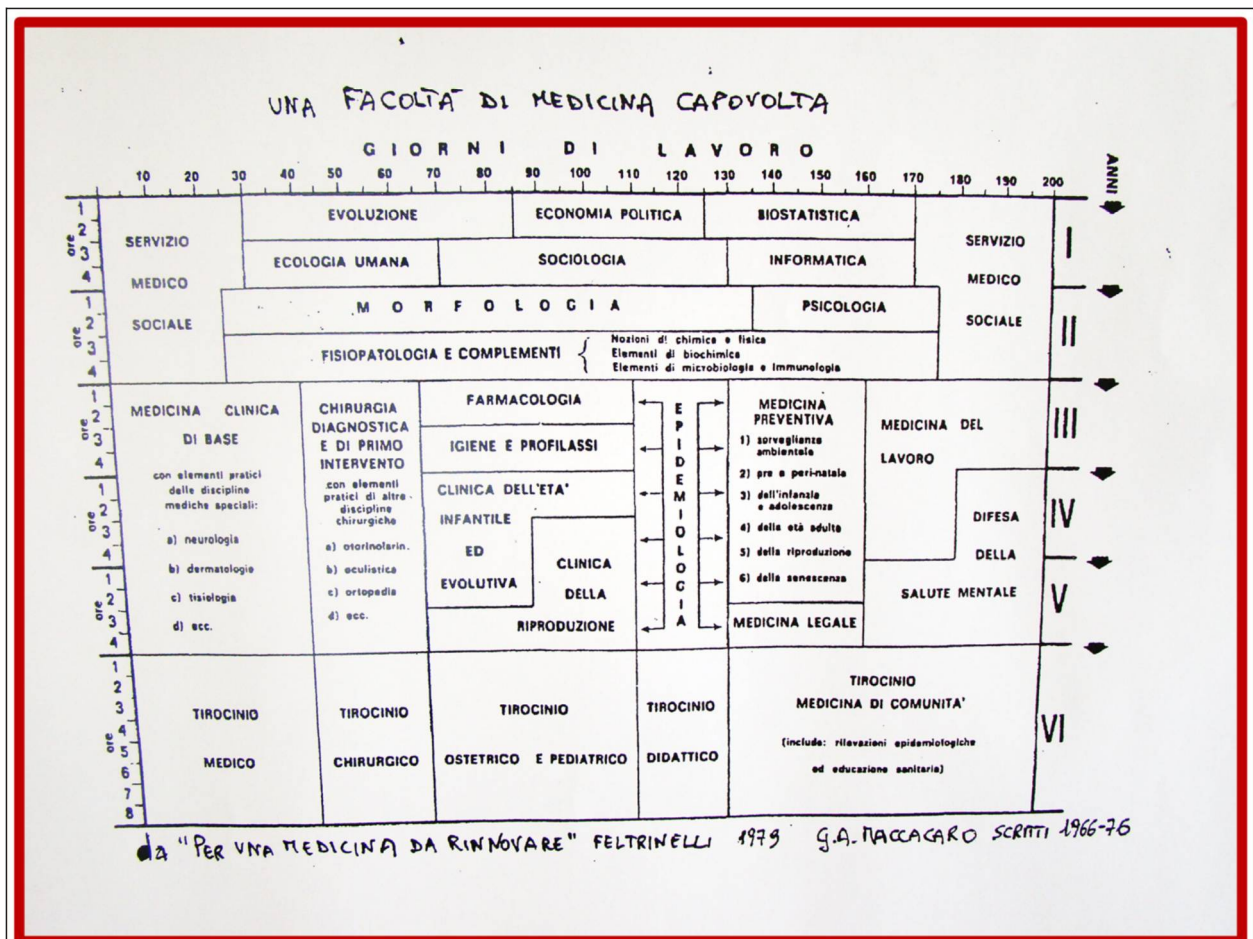
2) il rapporto tra pubblico e privato;

Sul secondo punto non so dire, non avendo avuto una possibilità di comprendere l'estensione della sanità privata in Brasile, così non lo approfondiamo. Per quanto riguarda il primo invece ci soffermiamo un po' sul senso del fare politico. È bello essere orgogliosi di quello che si fa e non sempre e solo sentirsi inadeguate. Ci si domanda se fosse così anche in Italia, forse quando si faceva nascere l'SSN? Per contrasto osserviamo che è proprio mancante un'idea politica della medicina in università (mentre a volte se ne incontra un'idea partitica). Una studentessa che ha conosciuto medici ecuadoregni racconta che anche loro parlavano di medicina come movimento politico. Permane la sensazione però di esotismo, di curiosità, di qualcosa che per essere contestualizzato nel nostro mondo dovrebbe essere conosciuto meglio, comparato.

3.2.2. Una facoltà di medicina capovolta

L'ultimo incontro previsto vede la partecipazione di cinque tra studentesse e studenti. Gli esami sono molto vicini, è il 20 gennaio, così anziché seguire il programma che prevedeva pensare a una carta dei valori, opto per stimolare una discussione a partire da un'immagine, nell'ottica anche di non prendere troppo tempo (tutti gli incontri precedenti sono durati almeno 2 ore). L'immagine è la seguente.²⁰

²⁰ Proprio a ridosso dell'incontro avevo avuto occasione di conoscere la dott.sa Viviana Forte, relatrice a un convegno sul medico e epidemiologo Giulio Maccacaro. La dott.sa Forte, come ho scoperto poi durante una ricca conversazione, aveva fatto parte di un cantiere di socioanalisi narrativa formato da studenti e specializzandi di medicina, i lavori di questo cantiere sono stati descritti nel libro collettivo *Medici senza camice* 2013. La ringrazio per avermi prestato la fotografia che aveva fatto della Facoltà Capovolta.



Una facoltà di medicina capovolta.
Da *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli 1979.

Un accenno per aiutare a comprendere l'immagine, che nella sua sinteticità è geniale. Sull'asse delle x, orizzontalmente sono segnati i giorni di lavoro, di lezione o tirocinio. A destra in verticale i sei anni di corso. A sinistra in verticale le ore di lavoro che nel caso dei primi cinque anni non superano mai le 4 per giorno, mentre al sesto anno con i tirocini formativi raggiungono le 8 al giorno.

Aprondo l'incontro però non commento né introduco l'immagine. Le prime impressioni sono le seguenti (dal Diario di campo 4):

Mi piace molto che le basi messe al primo anno sono diverse e trattano temi generali.

A me piace invece che i corsi si sviluppino anche su più anni, a volte davvero fai un corso un anno, tutto compresso e poi più niente.

Mi fa pensare a una formazione per il medico di base. L'insistenza su una visione della persona a 360°.

Mi sembra che rifletta il paternalismo della figura del medico.

Su questo punto ci soffermiamo per comprendere meglio con paternalismo cosa si intenda. È in realtà detto in un senso positivo, il senso di una figura paterna a cui rivolgersi per tutto, il senso con cui si romanticizzava la vecchia figura del medico condotto.

Passiamo quindi a commentarla grazie all'intervista rilasciata da Maccacaro nel 1971 in cui spiega l'idea di facoltà capovolta che lui e altri stavano portando avanti. Capovolta perché induttiva anziché deduttiva, ossia basata sull'apprendimento nella realtà, immergendo fin da subito studentesse e studenti nella pratica sanitaria, «con mansioni ovviamente adeguate alla loro limitata preparazione», affiancando poi quelle discipline che permettono una comprensione della realtà sociale in cui vivono e in cui lavoreranno. Solo successivamente si incomincia lo studio dei fondamenti morfologici e fisiopatologici.

L'idea era effettivamente, come notato, quella di arrivare ad avere a conclusione dei 6 anni un medico di base formato. Questa idea al gruppo piace e non piace. Oggi si parla di tornare a rendere la laurea abilitante, ma rimane il fatto che per come sono strutturate le cose oggi a conclusione dei 6 anni è difficile sentirsi preparati alla pratica. Una simile osservazione la faceva Maccacaro:

Sembra, in sostanza, che l'insegnamento medico – pre e post-laurea – sia davvero capace di produrre di tutto: dal propagandista farmaceutico al cardiologo, dall'ostetrico al dentista, dal laboratorista al neurologo. Ma un medico di base, capace di inserirsi utilmente in una comunità urbana o rurale, di averne cura, di intenderne i problemi di malattia e difenderne il diritto alla salute, non c'è corso di laurea o scuola di specialità che lo produca. Non sarebbe un medico, ma qualche cosa di più; e questo qualcosa di più non gli si può concedere di essere.

Se anche però la facoltà fosse capace di formare adeguatamente il medico di base, questo risulta non sufficiente perché ad attirare sono le specialistiche. Il che è interessante anche nell'ottica proposta da Maccacaro che ricollega l'impossibilità di essere medici all'impossibilità di essere sani. Siamo meno capaci di pensare i medici di medicina generale oggi, perché è una figura che richiede un pensiero politico e non tecnico. Così la figura del “medico della mutua” tanto richiesta, si trova bistrattata, poco legittimata e il suo percorso di studi ancora non normato adeguatamente.

Ritorna poi l'attenzione alla pratica. Nell'immagine proposta, la pratica è costante per tutti i sei anni a partire dal Servizio Medico Sociale, passando per lo studio dell'epidemiologia in quartiere o della medicina del lavoro in fabbrica, concludendo con i tirocini tradizionali e quello come Medico di Comunità. La pratica piace, nonostante tutte le brutte cose che si possono dire sull'ospedale, studentesse e studenti sono lì per quello. Quello che non piace – e ritorna un tema del primo incontro – è essere gettati nel mucchio senza alcuna attenzione alle «mansioni adeguate», ma non solo:

sarebbe bello pensare a un momento di passaggio delle consegne. Faccio il mio periodo in un reparto e poi arriva un altro studente. Ci vorrebbe un momento dedicato per raccontarsi cosa avviene lì. Ma è difficile (studentessa).

È che trovo sia tutto lasciato alle capacità del singolo. Se sei bravo te la cavi. Ma non c'è mai un'attenzione. Poi magari ci sono specializzandi che ti trattano male perché – dicono – loro sono stati trattati così. Altro che aiutarti a imparare. (studente).

Io a volte non so proprio che fare. Mi spiace perché ci tengo, ma se sto compilando le cartelle, è un lavoro noioso cosa ti devo raccontare? Non so come rendertelo interessante. Non voglio sembrare antipatica, ma non so che dire (specializzanda).

Io sono una che si butta. Le domande provo a farle. Siamo lì per imparare. A volte mi fermo perché non vorrei sovrastare qualcuno più timido. Poi però se si perde occasione mi dispiace (studentessa).

Un senso di incertezza per chi apprende perché non ci sono passaggi di consegne, non ci sono regole per domandare, la competizione lascia che i cosiddetti talenti emergano e rende silenziosi gli altri. Un senso di incertezza anche per chi vuole mettere al servizio le sue capacità perché non è chiaro che ruolo io abbia, cosa possa insegnarti se non mi è mai stato insegnato a insegnare. Un'attenzione pedagogica che il gruppo della Facoltà Capovolta aveva pensato a suo tempo inserendo all'ultimo anno il Tirocinio Didattico: «di educazione sanitaria attiva: egli deve imparare a rendere comprensibile se stesso e la medicina all'assistito, perché questi potrà assumere un ruolo attivo nella difesa della salute propria e collettiva.»

3.3. Alcuni limiti del progetto

Credo che ci siano due tensioni che hanno percorso questo progetto e nei diversi incontri abbiamo cercato di seguire liberamente entrambe.

La prima è quella di parlare della medicina come cura, come relazione con l'altro, di pensare e di introdurre pratiche alternative. Essa va di pari passo con il dare sfogo a tutto quello che nella facoltà non entra, di poter parlare liberamente delle proprie difficoltà e di trovare nel gruppo anche uno spazio di autocura e confronto. Il limite di questa prima tensione, o approccio, è quello di diventare un riduttore del danno rispetto al contesto dove poi effettivamente ci si forma, nel quale invece non avvengono cambiamenti. Per sopperire a questo bisognerebbe riuscire a pensare il cambiamento nella pratica universitaria e ospedaliera, che è la seconda tensione.

La seconda quindi è quella di comprendere modi diversi di fare università, di fare ospedale. Uno dei problemi qui è che tutto ciò che viene visto fuori dovrebbe essere portato dentro per comprendere come effettivamente tradurre quelle pratiche. Altrimenti i clown restano clown, i brasiliani restano brasiliani e le facoltà capovolte rimangono vecchie immagini. Ho notato in diverse occasioni che l'idea di poter cambiare esalta, ma università e ospedale appaiono come fantasmi a ricordarti che la realtà è un'altra.

Un'alternativa potrebbe essere quella di produrre una conoscenza più approfondita dei contesti, delle normative, delle funzioni, dei ruoli. Cosa che in parte si può sicuramente fare, anche se forse si

ricadrebbe nell'idea di sopperire a una mancanza istituzionale – uno spazio di riflessività creato dall'università a esempio, che permetta di disporre anche, al bisogno, delle conoscenze dei docenti – facendosi carico di un grande lavoro.

Sotto questo punto ci metto anche che io non ero certo persona formata né in senso pedagogico né in senso medico e più volte mi son sentito in difetto per non potere dare risposte. D'altro canto mi stavo formando in Salute Collettiva e – se ho inteso qualcosa – in questo senso i saperi da esaltare erano proprio quelli di studentesse e studenti di medicina (e non solo) sul loro mondo, il loro vissuto e le loro conoscenze. Sono stato felice di sapere da alcune di loro che intendevano quello spazio come un momento per sé, di cura e pensiero o che avevano fatto caso a quella cosa che le faceva sentire a disagio nella pratica e avevano trovato la forza di agire diversamente.

3.4. Pensare nuovamente Medicina e Comunità

A conclusione del terzo incontro ho proposto di pensare cosa avremmo potuto fare in futuro. L'incontro successivo, sarebbero terminate le date che avevo segnato sul volantino. Il primo punto quindi era capire se andare avanti. Su questo non ci sono stati dubbi. Bisognava poi capire se e come fosse necessario dare una linea agli incontri. Si poteva per iniziare fare una restituzione nella forma di una carta dei valori per il quarto incontro, ma non avevamo considerato le molte assenze dovute agli esami imminenti.

Le idee per il futuro del gruppo erano tante e molto diverse, comprendendo il fatto di mantenere un momento di autocura, di confronto sulle difficoltà, di andare a visitare luoghi di cura diversi dalle strutture sanitarie, così come di invitare persone stimolanti che lavorassero ancora in sanità. Questa tensione tra cura e voglia di conoscere, costruire mi ha colpito. Stanchezza e vitalità, che innervano entrambe le tensioni conoscitive espone poco sopra. Fatica all'idea di rincontrare lo stesso mondo per il quale questo collettivo voleva essere uno spazio protetto? Vitalità per conoscere qualsiasi cosa possa stimolare la crescita come medico domani?

Ritorna, credo in modo più evidente che in altri contesti, quell'ambiguità delle persone in formazione in un contesto ammalante. Quella che in un classico della sociologia sull'argomento era vista come la relazione tra la cultura studentesca che si confronta con la cultura delle professioniste che diventeranno (Becker et al. 1961) nasconde qualcos'altro letta in questo senso, che merita io credo ulteriori indagini, anche più strutturate. Del resto ci sono già stati tentativi di evidenziare questo fenomeno ad esempio misurando l'empatia in uno studio longitudinale durante gli anni della formazione in medicina. Nel 2009

alcuni ricercatori pubblicarono *The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School* (M. Hojat et al. 2009), studio che concludeva affermando un significativo declino dell'empatia a partire dal terzo anno. Ironico, osservavano, che avvenisse proprio nell'anno in cui si entra in contatto con i pazienti. Forse lasciando da parte il termine empatia, il cui uso risulta arbitrario, sarebbe interessante riprendere e sviluppare i token proposti nei sondaggi somministrati nell'ottica di comprendere se uno spazio di riflessività e autoformazione possa recuperare quegli aspetti dell'umano che la facoltà di medicina rimuove.

Diventare medico richiede una certa normalizzazione della sofferenza, ma finché questa normalizzazione avviene con strumenti che rendono invisibile la sofferenza, mia e altrui, resta vero quello che osservava Riccardo Massa nel lavoro già citato suo e dei suoi colleghi (che rimane un riferimento anche per poter pensare indagini quali-quantitative a Medicina):

Gli stili e i modelli di formazione alle professioni mediche e sanitarie veicolano sempre, anche quando non ne sono consapevoli – svolgendo così una strategia essenziale di rimozione -. un'ermeneutica dell'esperienza rispetto alle regioni ontologiche²¹ della conoscenza scientifica, del corpo, del male, della sofferenza, della cura e della morte, svelando o scindendo i nessi costitutivi tra di esse (R. Massa 1997).

Che si parli in un certo modo del corpo, del male, della cura, legittimandone delle rappresentazioni e non altre può essere frutto di una scelta. Ma questa scelta oggi pare insufficiente e tutto ciò che viene rimosso spinge per tornare quando una professionista sanitaria si confronta con i suoi pazienti e il loro mondo. Questa rimozione sta ammalando. Non senza resistenze, tradotte in questo dolore senza nome di parti di sé che devono essere dimenticate per diventare brave professioniste sanitarie. Una ribellione alla disumanizzazione, tanto più forte meno prolungata è stata l'esposizione alla facoltà di medicina.

Se il corpo, che siamo, diventa umano quanto più ricomprende i significati del vivente (cfr. Merleau-Ponty 2003), la disumanizzazione passa in tutti questi significati che scegliamo di rimuovere. Allora l'unità ottenuta come professionista sanitario, è fortemente indebolita (anche se ancora non necessariamente malata). Certo, un giorno forse ce la si farà a diventare medici, ma a costo di una riduzione dell'ambiente, ossia della scomparsa di tutta una parte di mondo, di mondi.

In questo discorso rientra l'uso che si fa delle cosiddette *soft skill* e delle *Medical Humanities* e si intreccia con le due tensioni vissute nei nostri laboratori. Da un lato tutto fa brodo, e possiamo lasciare sul tavolo strumenti alternativi, c'è la possibilità che verranno utilizzati. Dall'altro bisogna considerare il pericolo che gli «esperti si approfittino di quella conoscenza solo per rendere la scienza della gestione

21 Ontologia regionale è un termine tratto dalla fenomenologia. Si intende con esso il nucleo centrale di un sistema di saperi, credenze e concetti. Si distingue dal paradigma perché i paradigmi possono rivoluzionarsi senza che l'ontologia regionale cambi. Per la medicina moderna e contemporanea a esempio l'ontologia regionale di riferimento è il corpo morto, macchinico. Così anche se i paradigmi cambiano e dall'anatomia si passa alla fisiologia, alla sistemica, il corpo-macchina rimane ciò che sostiene questi saperi e che nel farlo nasconde tutto ciò che non è compreso nella descrizione macchinica (Cfr. V. Costa e L. Cesana 2019).

umana quanto più potente e coercitiva» (M. Taussig 1980, p. 102) rendendo queste *skill* solo ulteriori strumenti al servizio della biomedicina, svuotate del loro senso e usate ai fini di una maggiore *compliance* dei pazienti e degli stessi operatori.

Questa fatica è ambigua perché è sintomo della sfida lanciata «all'accettazione quotidiana delle strutture convenzionali di significato» (ivi, p. 105) della biomedicina, dei suoi effetti collaterali, del suo non pensato (pratiche, significati, gesti). Questa fatica è espressione del travaglio dell'ammalamento, ma il risultato del conflitto non è determinato e ognuno dà i suoi significati a malattia e salute (cfr. Canguilhem 1998). Per questo l'inquietudine di opporsi a ciò che ammalava, di cercare significati diversi per questo dolore, confluendo nel mondo.

Se tutto questo ha senso, la salute di chi cura e di chi si forma nella cura è salute collettiva e può trarre beneficio venendo affrontata come tale. L'esempio della formazione *Começo Meio Começo* torna utile, perché anche al nostro sanitario oggi è richiesta una formazione su qualcosa che “non sappiamo” e che può imparare riaprendo il suo atteggiamento epistemologico. La domanda sulla fatica e sull'umanità dovrebbe allora essere accolta all'interno di istituzioni come l'università e ospedale, per la loro natura educativa, ma forse ad averne più bisogno oggi sono professori e strutturati (e non solo di medicina).

In attesa di questo o finché persiste il bisogno, trovo abbia senso continuare un laboratorio che accolga la fatica, giocando con la sua ambiguità e la tensione tra autocura e voglia di conoscere, mescolando persone, professioni, conoscenze, pratiche, con l'obbiettivo di far confluire i mondi e salvare la nostra umanità.

UNA CONSIDERAZIONE FINALE

Medicina e Comunità è nato come spazio di riflessività a partire dalla domanda di chi affronta la formazione sanitaria sulla propria umanità. In questo spazio questa domanda è stata ribadita e ha portato l'attenzione su un particolare momento della formazione, quello dell'incontro con il paziente. Il sistema di significati prodotto dalla formazione medica risulta non tenere di fronte alla complessità della cura. Non si tratta di non saper rispondere a una domanda tecnica, ma di non aver risposte alternative alla tecnica e al distacco umano mediato dalla tecnica. Ciò che manca è l'attenzione propriamente pedagogica all'esercizio, alle pratiche. Una volta accolta la domanda di cura infatti, non manca un pensiero sulle possibilità della formazione: simulare, esercitare, fare attenzione a ciò che facciamo, permettere di domandare e sperimentare sono alcune delle tante ipotesi che vengono prodotte per pensare un servizio diverso in cui il mio ben vivere sia al servizio della produzione di salute delle persone che assisto.

In un contesto di grande sviluppo delle tecnologie e delle strutture, così come di politiche democratiche e innovative, la Salute Collettiva brasiliana è esempio di come la medicina possa rimanere al servizio della cura e dell'umano. Formatrici e formatori che hanno sviluppato corsi come *Começo Meio Começo*, sono stati capaci di ascoltare sotto il frastuono delle sirene del progresso e continuare a rivolgersi alla domanda di cura per come veniva posta dalle loro popolazioni. Certo non si nascondono i problemi e le difficoltà della carenza di professionisti e risorse, ma a questi si risponde con una formazione che capacitando operatrici e operatori all'incontro con tutti i saperi sulla malattia, produce salute possibilità per la vita stessa di essere. Un lavoro difficile perché si oppone alla tendenza umana a oggettificare, che il capitalismo normalizza distruggendo valori e senso degli oggetti con cui pratichiamo il mondo, rendendoli merce.

Opporsi a questo non è facile. La voglia di mollare è forte e peggio ancora è il rischio di perdere quell'umanità a cui teniamo nella smania di riuscire. Uno spazio di riflessività collettivo durante il percorso di studi permette di rielaborare i significati nella comunità cercando insieme i modi e pratiche per riuscire a diventare medico senza ammalarsi. In questo uno spazio simile può essere un modo di fare salute collettiva. Certo in base alle persone che compongono il gruppo i bisogni sono diversi e sarà interessante vedere nel prosieguo quali altre forme si comporranno. Queste forme è probabile oscilleranno sempre tra una richiesta di rifugio e un luogo dove praticare e pensare diversamente, ed è possibile (e bello) anche che cerchino sempre di rientrare in contatto con i luoghi in cui si fa medicina oggi, proprio perché non sono fughe. In questo senso, ulteriori studi di tipo qualitativo e quantitativo come interviste in profondità e statistiche possono aiutare a legittimare il discorso fatto lungo il laboratorio – come si è fatto in Brasile – per cercare di generare un cambiamento. Si tratta, io credo, di legittimare un sapere che

sembrerebbe essere antico e potente che come un sapere orale fatica a essere tramandato nella società europea contemporanea: la cura ha bisogno di complessità e relazione e i medici curano.

BIBLIOGRAFIA

- Amorim de Medeiros, R. H. e Guarnieri, L. V. (2022), “O Conceito de Coletivo no Campo da Saúde” in *Revista Subjetividades*, 22(2), e9184. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v22i2.e9184>.
- Becker, S. et al. (1961), *Boys in white: Student Culture in Medical School*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Birman, J. (2005), “A Physis da Saude Coletiva”, in *PHYSIS: Rev. Saude Coletiva*, 15 (Suplemento): 11-16, Rio de Janeiro.
- Burg Ceccim, R. (2024) “Il *Community Lab* come conoscenza-in-azione: comunità di apprendimento e formazione-intervento nella salute” in Nicoli, M. A. (a cura di), *Le politiche pubbliche hanno bisogno di processi collettivi: metodologie e strumenti – Il Community Lab in Emilia-Romagna (Italia) in dialogo con il Brasile e la Finlandia*, Editora Rede Unida, Porto Alegre.
- Canguilhem, G. (1998), *Il normale e il patologico* (1966), Einaudi, Torino.
- Canguilhem, G. (2007), *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Einaudi, Torino.
- Charon, R. (2019), *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Costa, V. e Cesana, L., (2019), *Fenomenologia della cura medica*, Scholé, Brescia.
- Costituzione Brasiliana (EN): (<https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/09/Brazil-constitution-English.pdf>)
- Creazione del SUS (BR): (https://ohs.coc.fiocruz.br/posts_ohs/a-criacao-do-sus-conheca-sua-origem-e-importancia/).
- Fanetti, G. e Draoli, N. (2025), *Sulla soglia. Esperienze di cura*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Freire, P. (2024), *L'educazione come pratica della libertà*, Mimesis, Milano.
- Fontana, V. (2023), *Di verità solo l'ombra. Storie di sanità pubblica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Gawande, A. (2011), *Checklist. Come fare andare meglio le cose*, Einaudi Editore, Torino.
- Hojat, M. et al. (2009), “The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School” in *Academic Medicine*, Vol. 84 (9), september: 1182-1191.
- Merleau-Ponty, (2003) M., *Fenomenologia della percezione* (1945), Bompiani, Milano.
- Merleau-Ponty, M. (2019), *La prosa del mondo*, Mimesis, Milano.
- Mortari, L. (2021), *La politica della cura. Prendere a cuore la vita*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Nucci, P. (2020), *Storia, vizi e virtù della migliore sanità del mondo*, Milano University Press, Milano.

- Nunes, E. D. (1994), “Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito” in *Saúde e Sociedade*, 3 (2): 5-21.
- Nicoli, M. A. et al. (2024), “Il metodo Community Lab” in Nicoli, M. A. (a cura di), *Le politiche pubbliche hanno bisogno di processi collettivi: metodologie e strumenti – Il Community Lab in Emilia-Romagna (Italia) in dialogo con il Brasile e la Finlandia*, Editora Rede Unida, Porto Alegre.
- Pellegrino, V. e Rodeschini G. (2024), “Riflessività collettiva ed elaborazione delle basi informative delle politiche sociali: il welfare pubblico partecipativo” in Pellegrino V. e Rodeschini G. (a cura di) *Il welfare pubblico partecipativo. Pratiche di riflessività collettiva sulle trasformazioni dello Stato sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Pellegrino, V. (2024), “Introduzione. Criticare lo Stato sociale per dargli consenso collettivo: un’introduzione all’approccio “welfare pubblico partecipativo” in Pellegrino V. e Rodeschini G. (a cura di) *Il welfare pubblico partecipativo. Pratiche di riflessività collettiva sulle trasformazioni dello Stato sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Pellegrino, V. (2012), *Follie ragionate, Il male e la cura nelle parole dei pazienti psichiatrici*, UTET Università, Torino.
- Rinnenburger D. (2019), *La cronicità. Come prendersene cura, come viverla*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Santos, J. A. (2014), “Prevenção quinquenária: prevenir o dano para o paciente, atuando no médico” in *Rev Port Med Geral Fam*: 152-154.
- Santos, J. A. (2019), “Resgate das relações abusivas em que encontramos: uma questão de prevenção quinquenária” in *Rev Bras Med Fam Comunidade*: 14(41), 1847.
- Schweickardt, J. C. et al. (2025), *Começo Meio Começo. Caderno do curso. Formação de trabalhadores e trabalhadoras que atuam no cuidado em saúde da população do campo, da floresta e das águas*, Editora Rede Unida, Porto Alegre.
- Shem, S. (1978), *The House of God*, Black Swan pub., London.
- Taussig, M. T., (1980), “Reificazione e coscienza del paziente” in Quaranta I. (a cura di) *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- The Balint Society (EN): (<https://balintsociety.org.uk/>).
- Vieira-da-Silva, L. M., Paim, J. S. e Schraiber. L. B. (2014) "O que é Saúde Coletiva." in *Saúde coletiva: teoria e prática*. MedBook (2014): 3-12, Rio de Janeiro.
- Zannini, L. (2008), *Medical Humanities e Medicina Narrativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano.