

L'Antropologia nella Primary Health Care

Costruire gli Ospedali di Comunità, tra cure intermedie e nuove forme di cooperazione

Martina Belluto

martina.belluto@unife.it

Università di Ferrara

ORCID: 0000-0001-8550-9938

Martina Consoloni

martina.consoloni2@unibo.it

Università di Bologna

ORCID: 0000-0001-6600-2824

Abstract

Chronic diseases, population ageing, and recent social changes have highlighted the urge of strengthening intermediate care. This concept refers to a wide range of services which have the aim of addressing the health needs of people who have been discharged from the hospital to home in order to better coordinate longitudinal and community-oriented care. Given the complex nature of the health needs which emerge in this scenario, health facilities must provide different disciplines, skills and tools based on the contexts and the relations that substantiate care practices. In perspective, medical anthropology/ical knowledge can play a decisive role. However, such input requires a transformation of university education, including humanistic and anthropological curricula, by addressing them primarily to fieldwork and engaged research in communities, which is still weakly realized in Italy. This article focuses on an action research project that we carried out, as Ph.D. students and anthropologists, within an international cooperation and health policies project developed between the Emilia-Romagna Region and Brazil, in 2019. The text discusses the contributions made by ethnographic, applied and distinctly interdisciplinary Ph.D. research, which can constitute a resource for promoting forms of participatory and community planning of health services.

Keywords: Primary Health Care; Anthropology of Public Health; Intermediate Care; Ethnography; Community and University engagement.

Introduzione

Questo contributo restituisce alcune riflessioni maturate durante un'esperienza che abbiamo realizzato, in quanto dottorande di ricerca e antropologhe, all'interno del "RERSUS - Cure In-

termedie: confronto e trasferimento di strumenti gestionali tra Italia e Brasile” (da ora in poi RERSUS)*. Il RERSUS è stato un progetto strategico di cooperazione internazionale realizzato nel 2019 e promosso dall’Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna in collaborazione con alcuni Stati brasiliani¹.

Nato con l’obiettivo di supportare la riorganizzazione dei servizi sanitari nei due contesti alla luce dei bisogni di salute emergenti, il RERSUS ha avviato una sperimentazione nel campo delle cosiddette “cure intermedie”, ossia quell’insieme di interventi e di forme di assistenza che prendono corpo negli spazi che intercorrono tra l’ospedale e il domicilio dei/delle pazienti, volte a garantire il più possibile la continuità delle cure. Le cure intermedie sono infatti pensate per persone che, a seguito di un ricovero, non sono ancora nella condizione di poter tornare a casa perché necessitano di un monitoraggio clinico quotidiano, oppure per coloro che, a domicilio, hanno bisogno di un supporto infermieristico o di un periodo di riabilitazione (Banchemo 2014)². A supporto di tale sperimentazione, il RERSUS ha coinvolto in attività di formazione e di scambio i/le professionisti/e che lavorano negli Ospedali di Comunità, una tipologia di struttura vocata alle cure intermedie, di recente nascita in Italia e del tutto nuova invece per il contesto brasiliano³.

La cooperazione con il Brasile si è nutrita di un dialogo ormai consolidato tra i due paesi, sviluppatosi a partire da una rete internazionale (il Laboratorio italo-brasiliano) che coinvolge diversi soggetti istituzionali e sociali: enti locali, aziende sanitarie, associazioni del terzo settore, organizzazioni non governative e, prime fra tutte, le università. Come approfondiremo in seguito, la rete del Laboratorio italo-brasiliano rappresenta un terreno florido per il concretizzarsi di esperienze di *community/university engagement*: infatti, il Laboratorio è sorto dapprima in ambito accademico, grazie all’iniziativa di un gruppo di ricercatori/rici italiani/e e brasiliani/e; nel 2014 ha poi trovato una formalizzazione istituzionale, diventando un vero e proprio dispositivo di cooperazione tra la Regione Emilia-Romagna, le università e i servizi sanitari dei due paesi⁴.

* Desideriamo ringraziare i revisori anonimi per il tempo dedicato alla revisione del contributo e le nostre colleghe Carlotta Bragaglia, Delia Da Mosto e Sara Vallerani per i loro suggerimenti.

¹ Il progetto RERSUS si è basato sulla collaborazione tra la Regione Emilia-Romagna (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare), l’Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau, l’Università Alma Mater Studiorum di Bologna (Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale), l’Università di Parma, l’Università Federale Fluminense, l’Azienda USL Modena, Azienda USL di Parma, Azienda USL della Romagna, Comune di Castelfranco Emilia, Associazione Brasil Saúde e Ação – BRASA. Per un approfondimento si veda:

www.assr.regione.emilia-romagna.it/attivita/progetti-internazionali/rersus (Sito internet consultato il 02/05/2022).

² Si immagini ad esempio un paziente anziano, operato per una frattura al femore, che in seguito all’intervento chirurgico non abbia necessità di “alte” cure ospedaliere ma di un monitoraggio clinico-assistenziale, per il quale la permanenza in ospedale potrebbe aumentare i rischi di contrarre un’infezione. Questo paziente necessita dunque di un percorso di cura e di riabilitazione in un luogo volto al recupero della sua autonomia e che, al contempo, prepari l’ambiente familiare per il ritorno al suo domicilio.

³ Sebbene in Italia l’intenzione di sviluppare le cure intermedie fosse già stata dichiarata nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, sarà solo con il Patto per la Salute 2014-2016 e con il successivo DM 70/2015 che si parlerà esplicitamente della realizzazione di presidi territoriali di cure intermedie. Il DM 70/2015 definisce l’Ospedale di Comunità come «una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestita da personale infermieristico, in cui l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN [...] La sede fisica dell’ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali» (DM 70/2015: 26-27).

⁴ La formalizzazione del Laboratorio italo-brasiliano in quanto dispositivo di cooperazione è avvenuta mediante la sottoscrizione di un accordo di cooperazione tra l’Università di Bologna (Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e

Come dottorande di ricerca dell'Università di Ferrara e dell'Università di Bologna, dal 2019 siamo entrate a far parte della rete del Laboratorio e abbiamo accompagnato le diverse fasi del percorso del RERSUS all'interno dei servizi di salute, in stretta connessione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e con il *Sistema Único de Saúde* brasiliano⁵.

In un periodo in cui gli Ospedali di Comunità si trovano al centro dell'ampio dibattito sulla riforma dell'assistenza territoriale (Vallerani 2022), acceso dall'approvazione del Piano Nazionale Ripresa Resilienza (PNRR) progettato per la ripresa del paese dalla pandemia di COVID-19, in questo articolo ci preme interrogarci sulle lezioni apprese dal campo che abbiamo attraversato, per meglio inquadrare il potenziale impatto dell'antropologia medica applicata all'interno dei servizi di salute.

A questo scopo, nella prima parte del testo presenteremo l'approccio teorico-metodologico adottato – quello della *Primary Health Care* (PHC) nella sua accezione “comprensiva” (*comprehensive*) – ancora poco conosciuto nell'ambito antropologico, ma che a nostro avviso presenta interessanti spazi di sperimentazione per antropologi/he impegnati/e nei servizi sociali e sociosanitari. Successivamente, ci concentreremo sul percorso del progetto RERSUS e sulle singolari modalità di cooperazione che l'hanno sostanziato. Nel terzo paragrafo metteremo in luce come il RERSUS, fondato su una logica globale-locale di produzione di teorie e di pratiche tra ricercatori/rici e professionisti/e distanti fisicamente ma connessi/e, possieda un potenziale trasformativo e rappresenti per questo un interessante caso studio per ripensare la terza missione dell'università.

Sosterremo infatti che ricerche dottorali realizzate nell'alveo della terza missione possano costituire un punto nevralgico per ripensare il ruolo pubblico delle università e l'impatto sociale della ricerca. Se è vero che il campo d'intervento della terza missione è quello del *public engagement* affinché l'università esca dai confini istituzionali e assuma nuove responsabilità sociali e di apprendimento a stretto contatto con contesti concreti (Cognetti 2013; 2016), la nostra esperienza di ricerca desidera mettere in luce come le attività di terza missione promosse all'interno di percorsi formativi pre- e post-laurea rappresentino oggi l'opportunità per colmare il vuoto applicativo prodotto da saperi “monolitici” e ultraspecializzati, lontani dal discorso pubblico.

Il contributo antropologico alla Primary Health Care: approccio teorico e metodologico

Quando come neo-dottorande di ricerca ci siamo avvicinate al RERSUS, ancora non eravamo familiari con le transizioni che, a livello globale e sul versante demografico, epidemiologico e sociale, stanno interessando la nostra epoca, richiedendo una profonda trasformazione del nostro paradigma assistenziale. In uno scenario caratterizzato da una forte incidenza di patologie croniche e da un progressivo invecchiamento della popolazione⁶, i bisogni di salute vanno in-

Interculturale), la Regione Emilia-Romagna (Agenzia Sociale e Sanitaria), l'Università Federale del Rio Grande do Sul e il Dipartimento di Cure Primarie (*Atenção Básica*) del Ministero della Salute Brasiliano (Martino *et al.* 2016).

⁵ Il *Sistema Único de Saúde* (SUS) è il sistema sanitario brasiliano, nato nel 1990 a seguito del movimento di democratizzazione dello Stato e alla creazione di sistemi di *welfare*. Il SUS presenta un sistema decentrato, organizzato a livello regionale e sostenuto da una forte partecipazione sociale. Si caratterizza per una forte territorializzazione dei servizi e per il lavoro in team multidisciplinari, un'organizzazione che negli anni, nonostante notevoli difficoltà di gestione, ha garantito un'elevata copertura dei servizi di cure primarie, riducendo notevolmente le disuguaglianze presenti sul territorio (Martino 2019).

⁶ Nel 2005 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto le malattie croniche non trasmissibili come le prin-

contro infatti a una maggiore variabilità e complessità (Martino *et al.* 2015). Ciò accade per ragioni iscritte nella natura stessa delle cronicità, le quali, essendo fortemente connesse alla determinazione sociale della salute e non potendo esitare in una guarigione completa, rendono necessaria la realizzazione di interventi prioritariamente diretti alla prevenzione della loro insorgenza e di un loro avanzamento verso condizioni più severe e invalidanti. In un periodo storico segnato da un progressivo impoverimento delle reti sociali e informali, dall'impatto della perdurante crisi economica e, conseguentemente, da una diminuzione della capacità dei nuclei familiari di sostenere il carico assistenziale⁷, si rende ancora più urgente un rinnovamento delle pratiche di cura (Missoni, Pacileo 2008).

Per rispondere ai bisogni emersi in seno a queste transizioni, nel 2008 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riportato l'attenzione sui principi della *Primary Health Care* (PHC). La PHC, spesso tradotta come "assistenza sanitaria di base", "assistenza primaria" o "cure primarie", non trova un buon corrispettivo nella lingua italiana: il concetto, infatti, non rimanda a un assetto organizzativo predefinito, bensì rappresenta l'insieme di valori e caratteristiche che un modello di assistenza primaria dovrebbe possedere per essere equo, democratico e sostenibile. Come è infatti noto, la PHC si è affermata a partire dalla celebre Conferenza organizzata ad Alma Ata dall'OMS, dall'Organizzazione Panamericana di Salute e dall'UNICEF nel 1978. In quel contesto e nella Dichiarazione che ne derivò, la PHC veniva indicata come strategia politica e sanitaria globale per il raggiungimento dell'obiettivo "Salute per tutti entro l'anno 2000". Sebbene in tempi recenti siano sempre più numerose e concordanti le evidenze empiriche a sostegno di sistemi sanitari orientati dai principi della PHC (Curto, Garattini 2014), nel corso degli ultimi quarant'anni quest'ultima è rimasta ampiamente inattuata nello scenario globale.

Rispetto alle (im)possibilità di implementazione di servizi orientati dai principi enunciati dalla Conferenza, in letteratura è nota la distinzione tra un approccio "selettivo" (*selective*) e un approccio "comprensivo" (*comprehensive*) alla PHC (Rifkin, Walt 1986). Il primo approccio (S-PHC), teorizzato da Walsh e Warren un anno dopo l'incontro di Alma Ata, consiste nell'applicazione di interventi mirati a contrastare la diffusione di specifiche malattie e incentrati sul miglioramento della fornitura di servizi sanitari in aree del pianeta considerate "in via di sviluppo". Si tratta di un approccio orientato da una visione strettamente tecnica della salute, il quale, nel corso degli anni Ottanta e nel contesto dei piani di aggiustamento strutturale, si tradusse nella riorganizzazione dei sistemi sanitari attraverso una serie di programmi standardizzati, calati dall'alto e scarsamente coordinati tra loro (Missoni, Pacileo 2008). Sebbene una delle principali argomentazioni dei fautori della S-PHC fosse quella di prevenire le principali cause di morte mediante interventi costo-efficacia comprovati (Walsh, Warren 1979), l'attuazione di strategie selettive sembrò comportare un aumento dei costi e uno spreco di risorse, oltretutto avere come conseguenza quella di silenziare ben presto le spinte trasformative contenute nella Dichiarazione di Alma Ata (Magnussen *et al.* 2004; Curto, Garattini 2014). Infatti, poiché la S-PHC non ri-

cipali cause di mortalità e morbilità di tutto il pianeta (OMS 2005); un dato ancora attuale e in crescita, aggravato dalla pandemia di COVID-19. Dati ISTAT relativi al contesto italiano sottolineano come la principale causa di morte nei mesi di marzo e aprile 2020 non vada ricondotta unicamente al virus. L'incremento delle morti andrebbe correlato ad altri fattori, compreso il ruolo di COVID-19 nell'accelerazione di stati di malattia in atto o il sovraccarico delle strutture del sistema sanitario (ISTAT 2021).

⁷ In particolare, all'aumentare dell'età diminuiscono le persone che dichiarano di poter contare su una rete variegata (parenti, amici/le e vicini/e). Nel contesto italiano, la percezione del sostegno sociale (*overall perceived social support*) è inferiore alla media UE per tutte le classi di età (ISTAT 2018).

chiedeva un cambiamento sociale e politico ma, anzi, si rivelava funzionale al mantenimento dei rapporti di dipendenza e delle logiche predatorie ed estrattive contro i contesti più marginalizzati, alcuni contributi antropologici hanno denunciato la S-PHC come strategia neocoloniale (Morgan 1987; Abadía-Barrero, Bugbee 2019).

Contrariamente alla S-PHC, l'approccio comprensivo (C-PHC) ha fatto del coordinamento intersettoriale uno dei suoi principali pilastri (Rifkin, Walt 1986). Infatti, secondo tale approccio è necessario integrare diversi interventi (anche e soprattutto a carattere non sanitario) al fine di agire sulle condizioni strutturali, economiche e sociali che influenzano la distribuzione di salute e malattia all'interno della popolazione. Recependo i contributi dell'epidemiologia ecosociale (Krieger 2021) e dell'epidemiologia critica (Breilh 2013), per la C-PHC i determinanti sociali della salute non sono da considerarsi come delle semplici variabili esterne che, seguendo una logica di causa-effetto, influenzano la salute degli individui. Piuttosto, la C-PHC approccia i determinanti sociali come categorie di analisi della produzione e della riproduzione sociale, assumendo la salute e la malattia non come "stati" ma come processi irriducibilmente collettivi, dai quali sono indissociabili i contesti di vita, così come quelli in cui si fa ricerca e dove si costruiscono relazioni di cura⁸. In questo senso, ciò che apporta comprensività all'approccio della C-PHC è, da un lato, la multiprofessionalità della presa in carico (in cui cioè diversi/e professionisti/e sono chiamati/e a lavorare in team e a mettere insieme le proprie competenze, così da affrontare le diverse dimensioni della salute e della malattia); dall'altro lato, il coinvolgimento di tutti gli attori sociali nei diversi livelli del "fare" salute, con interventi di tipo curativo, preventivo e promotivo, laddove la promozione della salute è intesa in termini "positivi" (Belluto *et al.* 2022). Alla base dell'approccio comprensivo vi è l'idea secondo cui per dare risposte efficaci ai bisogni di salute siano necessari interventi prossimi e centrati sui contesti, che tengano conto delle specificità dei singoli territori e utilizzino le risorse di cui le comunità dispongono. In continuità con quanto espresso in altri documenti dell'OMS (come, ad esempio, la Carta di Ottawa del 1986), la C-PHC riconosce infatti i soggetti come attivi co-costruttori del benessere proprio e collettivo. Per questi motivi, nell'ottica della C-PHC i problemi di salute non possono essere definiti a priori o risolti da organizzazioni esterne, bensì emergono nelle comunità ed è con le comunità che devono essere affrontati. La partecipazione comunitaria è infatti un concetto cardine della C-PHC, ed è pensata per garantire una maggiore democraticità delle azioni di salute.

Ad oggi, la letteratura antropologica sulla C-PHC/PHC⁹ è poco conosciuta nel contesto italiano. I maggiori contributi derivano principalmente dall'antropologia latinoamericana, che ha alimentato la discussione sin dalla fine degli anni Ottanta (Menéndez 1988; Abadía-Barrero, Bugbee 2019). Al di fuori dell'America Latina, la letteratura di taglio antropologico sembra per-

⁸ Il modello dei determinanti sociali di salute proposto dall'OMS è stato ampiamente criticato, soprattutto dalle correnti di studio latinoamericane. Infatti, seppur ricomprenda i fattori "strutturali" nelle sue categorie di analisi, quello dell'OMS è stato ritenuto comunque un approccio riduzionista, in cui le nozioni di "esposizione" e "vulnerabilità" vengono ricondotte secondo una logica probabilistica a un problema essenzialmente individuale, che in quanto tale può essere affrontato in modo frammentato. Come scrivono a questo proposito Garbois *et al.* (2017), la complessità in questi casi continua ad essere scissa in diverse dimensioni: la dimensione biologica, indagata da medici/he, infermieri/e, fisioterapisti/e etc.; la dimensione sociale, riservata agli/le assistenti sociali; la dimensione psicologica, affrontata dagli/le psicologi/he.

⁹ Nel seguito del testo utilizzeremo "PHC" per riferirci invariabilmente ai contenuti della Dichiarazione di Alma Ata e all'approccio comprensivo, poiché quest'ultimo eredita pienamente lo spirito di Alma Ata. Negli ultimi vent'anni, l'OMS ha infatti sottolineato a più riprese la necessità di sostenere una radicale trasformazione dei sistemi assistenziali adottando una prospettiva universale, equa, integrata, centrata sulle persone e sulle comunità. La PHC rappresenta dunque l'approccio più inclusivo per riformare i sistemi di salute (OMS 2008; 2018).

lopiù attribuibile a un esiguo numero di studiosi/e che si sono occupati/e di presidiare la PHC dalle pressioni neoliberiste (Morgan 1987; Coreil, Mull 1990). I saperi e le pratiche dell'antropologia sembrano tuttavia poter apportare un contributo molto fertile per il lavoro in PHC in più direzioni, sia dal punto di vista riflessivo, sia pratico-metodologico.

Già da tempo l'antropologia invita infatti a spostare l'attenzione dalle dimensioni biologiche a quelle soggettive, sociali e culturali dell'esperienza di malattia, sottolineando come il modello biomedico, centrato sulla logica ospedaliera e sulle acuzie, tenda a naturalizzare forme di sofferenza sociale, diminuendo la risolutività dei sistemi di salute (Young 1982; Barr *et al.* 2003). Gli studi etnografici hanno inoltre fatto emergere come, in campo biomedico, la salute sia spesso ridotta a mera assenza di malattia (e la malattia ad assenza di salute), suggerendo di superare la logica della "guarigione", laddove l'atto clinico è inteso come volto al ristabilimento del normale funzionamento anatomo-fisiologico (incompatibile nel caso delle malattie croniche) per adottare modelli terapeutici incentrati sulla "cura" (Quaranta 2020). Questa operazione richiede di continuare a problematizzare la centralità che il sapere biomedico riveste ancora oggi nell'organizzazione dell'assistenza socio-sanitaria, restituendo legittimità anche a quelle forme di conoscenza che solitamente occupano una posizione sussidiaria nell'ambito medico-sanitario (Martínez-Hernández, Correa-Urquiza 2017).

La letteratura antropologica ha anche messo in luce l'importanza che le variabili culturali rivestono per gli studi epidemiologici (Bibeau, Corin 1995), consentendo di ripensare i fattori di esposizione alle malattie come il risultato di violenza strutturale (Farmer 2004). Secondo queste prospettive, la vulnerabilità è immersa in processi storici, sociali e culturali, e costantemente svela come il "biologico" e il "sociale" siano in realtà aspetti spesso inscindibili (Minelli 2021).

Inoltre, l'antropologia non ha mancato di sottolineare come anche gli approcci partecipativi, qualora non informati da una lettura dei meccanismi biopolitici e delle rappresentazioni sociali e culturali riscontrabili in seno alle comunità, possano minare l'efficacia degli interventi, impedendo il raggiungimento di quelle fasce di popolazione che sono sistematicamente marginalizzate (Nichter 2008; Wilkinson *et al.* 2017). Dennis Mull (1990), discutendo del contributo che l'antropologia può apportare nel promuovere il coinvolgimento comunitario, fa notare che, mentre storicamente gli/le scienziati/e sociali sono stati/e chiamati/e a indagare credenze e pratiche locali con l'obiettivo di indurre le comunità a impegnarsi in ciò che gli operatori/trici sanitari/e e i governi ritenessero giusto fare, oggi possono rivestire un ruolo di *advocacy* a sostegno delle comunità.

Gli studi antropologici, infine, hanno largamente problematizzato il concetto di "comunità" (Amit, Rapport 2002), portando a un suo ripensamento in termini di relazioni dalle quali può scaturire l'agentività collettiva: "comunità", quindi, non come gruppo di soggetti che condividono un linguaggio, un territorio o una struttura organizzativa, ma come relazione significativa per i soggetti che coinvolge e dalla quale può essere generata la cura (Consoloni, Quaranta 2022).

Sul campo – nei quartieri, nei servizi di salute o all'interno di équipe multiprofessionali – gli/le antropologi/ghé possono dunque fornire prospettive utili sia per condurre un'analisi dei bisogni di salute con approcci partecipativi e situati, sia per l'impiego di strumenti collaborativi di ricerca-azione e di cartografia del territorio, in stretta sinergia con l'epidemiologia sociale e comunitaria (Campedelli, Lepore, Tognoni 2010). Sebbene gli apporti che i saperi e gli strumenti antropologici possono offrire alla PHC siano molteplici, il loro impiego resta tutt'oggi sperimentale, soprattutto nel contesto italiano: questo non solo perché l'approccio di PHC è ancora poco diffuso nei servizi sociosanitari, ma anche perché le competenze, il ruolo e il riconosci-

mento professionale di antropologi/he all'interno di esperienze di PHC necessitano di essere costantemente costruiti e legittimati nell'incontro con altri saperi e altre figure professionali.

Il progetto RERSUS: un peculiare esempio di cooperazione

Seppur la PHC ancora oggi goda di scarsa legittimazione a livello nazionale e internazionale, la Regione Emilia-Romagna è sensibilmente più esposta ai principi che la ispirano¹⁰. Lo stesso RERSUS è stato espressione di quel “travaglio istituzionale” (Pellegrino 2019) volto al rinnovamento delle pratiche assistenziali che da tempo vede impegnata la Regione Emilia-Romagna verso sperimentazioni nel campo della PHC, declinate su base territoriale.

Infatti, al fine di adattare i servizi di assistenza al nuovo contesto epidemiologico, demografico e sociale sopra delineato, e recependo le normative nazionali in materia di programmazione sanitaria¹¹, la Regione Emilia-Romagna è stata una delle prime regioni italiane a implementare le Case della Salute, pensate come primo punto di accesso e di risposta ai bisogni della popolazione (DGR 291/2010)¹². Dal 2013 la Regione ha poi istituito gli Ospedali di Comunità, che invece sono vocati alle cosiddette “cure intermedie”, un setting assistenziale di transizione tra il ricovero in ospedale e il rientro al domicilio (DGR 284/2013). È proprio nel quadro di queste trasformazioni che l'Agenda Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna (ASSr), in collaborazione con diversi attori istituzionali, ha avviato il progetto RERSUS.

Nato come progetto di cooperazione internazionale, il RERSUS ha previsto attività di ricerca-formazione-intervento, sviluppate in modo parallelo sul territorio regionale e in due municipi dello Stato di Rio de Janeiro (Niterói e Nova Friburgo), con l'obiettivo di favorire l'implementazione delle cure intermedie nei due paesi. Il progetto ha avuto la durata di un anno (dicembre 2018-dicembre 2019) e si è strutturato attraverso dei momenti laboratoriali condotti in modalità presenziale nei due contesti. Nelle occasioni di scambio tra professionisti/e italiani/e e brasiliani/e, questi/e si sono avvalsi perlopiù della modalità a distanza (via web, anche in *blended learning*). In tre occasioni – due sul territorio emiliano-romagnolo, una in Brasile – i/e professionisti/e dei due paesi, assieme alle figure referenti dei vari partner di progetto, si sono incontrati/e dal vivo.

In Brasile gli Ospedali di Comunità erano, ai tempi, completamente da ideare: obiettivo del progetto nello Stato di Rio de Janeiro era quindi la sperimentazione di possibili modelli di cure intermedie (Ospedali di Comunità e/o unità pilota di cure intermedie) mediante lo scambio di competenze organizzative e gestionali utili ad articolare una assistenza territoriale integrata, in stretto coinvolgimento con la popolazione locale.

¹⁰ In Emilia-Romagna, di PHC si discute in varie sedi, istituzionali e non. Nella nostra esperienza formativa, abbiamo avuto modo di approfondire l'approccio alla PHC in diverse occasioni: durante i workshop annuali del Laboratorio Italo-Brasiliano, la rete internazionale su cui poggia la cooperazione che ha dato vita al progetto RERSUS; nel “Corso elettivo” che da anni viene organizzato dal Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna (parte del Laboratorio italo-brasiliano e partner del progetto RERSUS); in svariati incontri organizzati dalla “Campagna PHC: Now or Never”, una campagna nazionale di professionisti/e della salute con un forte radicamento in Emilia-Romagna, nata sulla scia delle indicazioni contenute nel report dell'OMS del 2008 e della quale facciamo parte.

¹¹ Si vedano a questo proposito i Piani Sanitari Nazionali 2003-2005 e 2006-2008, il Patto per la Salute 2014-2016, il Decreto Ministeriale 70/2015 e il Piano Nazionale delle Cronicità del 2016.

¹² Ad oggi le Case della Salute in Emilia-Romagna sono 128. Nel 2021, con la pubblicazione del PNRR, si è sancito il passaggio da “Casa della Salute” a “Casa della Comunità” per rafforzare un approccio prossimo, integrato e multidimensionale con il settore sociale. Per approfondimenti si veda: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute> (Sito internet consultato il 02/05/2022).

Nel contesto emiliano-romagnolo, invece, l'ASSr ha scelto di concentrare le attività su tre strutture già esistenti¹³ e considerate come sperimentazioni "modello" perché strettamente legate alle – quando non direttamente parte delle – Case della Salute. Tale scelta trova il suo razionale nell'idea che i due tipi di struttura non siano da intendere come due comparti separati, bensì, adottando un'ottica comprensiva (C-PHC), come due livelli integrati per sviluppare un'assistenza diffusa sul territorio. Gli/le operatori/rici coinvolti/e nel progetto (33 in totale nel contesto italiano) lavoravano già all'interno degli Ospedali di Comunità ed erano riconducibili a differenti profili professionali: in ognuna delle tre realtà regionali interessate hanno partecipato infermiere/i, fisioterapiste/i, operatrici/ori socio-sanitari, assistenti sociali, medici/he geriatrici/e e medici/he di medicina generale.

Nonostante la cornice formale del RERSUS fosse quella della cooperazione internazionale, la quale solitamente prevede che le iniziative vengano realizzate a supporto del paese beneficiario, questo partenariato trovava il suo principale fondamento nel fatto che i due paesi ereditano tradizioni assistenziali notevolmente diverse ma tra loro complementari. Infatti, da una parte, la Regione Emilia-Romagna e, in generale, il contesto italiano sono molto avanzati in termini di tecnologie, specialità e servizi ospedalieri, sebbene più arretrati rispetto all'implementazione di servizi di PHC (Maciocco 2019); dall'altra, il Brasile, avendo inaugurato il servizio sanitario pubblico in tempi più recenti, benché non abbia un'assistenza ospedaliera molto sviluppata, è molto più permeabile alla PHC, poiché storicamente radicato sulle strategie di promozione della salute e di lavoro intersettoriale da essa previste (Paim *et al.* 2011; Martino 2019). In questo senso, la cooperazione tra i due paesi si è contraddistinta per un forte spirito di reciprocità, che nel corso del progetto si è sostanziata in numerose occasioni di scambio di strumenti riflessivi e metodologici, e di nuove prospettive interpretative.

Inoltre, la collaborazione tra i due paesi nel campo della salute gode di una certa storicità, che può essere fatta risalire al fermento intellettuale e politico che ha sostanziato le esperienze di riforma sanitaria nei due contesti (Martino *et al.* 2016). Come anticipato in introduzione, la relazione tra Regione Emilia-Romagna e Brasile si è formalizzata a partire dal 2014 attraverso la creazione del Laboratorio italo-brasiliano di formazione, ricerca e pratiche in salute collettiva, una rete di cooperazione inter-istituzionale sviluppatasi tra università, enti e servizi sanitari dei due paesi. Attraverso il dispositivo del Laboratorio, gruppi di studenti/esse e ricercatori/rici provenienti dai due contesti hanno realizzato negli anni esperienze di tirocinio, ricerca, formazione e workshop, creando un canale di scambio diretto tra Brasile e Italia, sia a livello universitario, sia a livello professionale/lavorativo. Compito del Laboratorio è, infatti, non solo quello di realizzare momenti di incontro a cadenza regolare a carattere scientifico¹⁴, bensì quello di progettare specifiche esperienze di ricerca-azione-intervento all'interno dei servizi di salute che abbiano specifiche ricadute applicative a livello organizzativo e gestionale. Per fare questo, il Laboratorio si è dotato di un insieme di approcci teorico-metodologici riconducibili, per la maggior parte, alle pratiche di Salute Collettiva brasiliana¹⁵, quali: risignificazione del concetto di salute e costruzione di un sapere comune solidaristico, democratico ed etico; formazione e collaborazione transdisciplinare, con discipline come le scienze umane e sociali applicate alla sa-

¹³ Si tratta degli Ospedali di Comunità di San Secondo Parmense (AUSL di Parma), Castelfranco Emilia (AUSL di Modena) e Forlimpopoli (AUSL della Romagna).

¹⁴ Oltre all'appuntamento annuale del Laboratorio italo-brasiliano, la rete partecipa ogni anno a conferenze internazionali, tra le quali ad esempio il Congresso Internazionale della Rede UNIDA (partner del Laboratorio).

¹⁵ La Salute Collettiva è un paradigma nato in Brasile nella seconda metà degli anni Settanta, ma può anche essere identificata come un movimento sociale e con un preciso terreno di pratiche nell'ambito della salute (Liborio 2013).

lute e l'antropologia; metodologie miste di apprendimento (riflessive e pratiche), approccio di ricerca-formazione-intervento e di educazione trasformativa all'interno dei contesti lavorativi e di ricerca; lavoro multi-locale e multi-situato, in un'ottica di PHC (Martino *et al.* 2016).

Il ruolo che le università svolgono all'interno di questa rete non è accessorio o meramente tecnicistico, bensì è quello di farsi ideatrici e promotrici di tali sperimentazioni. Prendendo a riferimento concettuale il paradigma brasiliano dell'"educazione permanente in salute" (Ceccim, Feuerwerker 2004; Ferreira *et al.* 2019) e della ricerca-formazione-intervento (Franco, Ceccim 2016; Belluto *et al.* 2020), le università si posizionano in questo contesto come soggetti elaboratori di teorie, generatori di pratiche trasformative e al contempo come supervisori dei processi in atto. La prospettiva è quella di sensibilizzare professionisti/e, studenti/esse, cittadini/e e rappresentanti politici/he ad adottare un approccio di ricerca e formazione "situato" nel proprio contesto professionale o di vita, creando spazi in cui i processi di apprendimento si estendono a diversi contesti sociali, superando i confini presenti tra università, istituzioni e servizi. Si tratta di un posizionamento che nel contesto brasiliano trova realtà particolarmente avanzate per livelli di sperimentazione e di coinvolgimento delle università nei territori; esperienze che, al momento, non trovano equivalenti in Italia.

Un manifesto d'intenti pubblicato nel 2020 e promosso da alcuni/e professori/esse membri della rete di ricerca¹⁶ ben illustra l'approccio su cui si fonda questo scambio. Si fa riferimento a un modello di ricerca nuovo, spiccatamente interdisciplinare¹⁷ e trans-locale, che sostiene una certa "artigianalità metodologica locale" per mettere in campo forme di ricerca comparativa che possano «sostenere la collaborazione tra ricercatori, operatori, utenti e cittadini in tutte le fasi del disegno di ricerca, compresa la fase di scrittura e di circolazione dei dati, avendo cura che emergano le diverse interpretazioni e che la vita sociale delle informazioni prodotte sia anch'essa occasione di partecipazione (Manifesto per la ricerca collaborativa in Salute Collettiva 2020: 1)». È con questo approccio che ha preso corpo il progetto RERSUS, provando a mettere a sistema un corpus di strumenti e pratiche che, mutate dai contesti accademici italiano e brasiliano, potessero essere utili ai/alle professionisti/e degli Ospedali di Comunità per configurare il lavoro di prossimità e spazi condivisi di autoriflessività.

Ospedali "di comunità"? Tra soggettivazione e sconfinamenti

L'architettura del RERSUS si basava su un ampio lavoro di coordinamento con il contesto brasiliano, reso possibile grazie alla creazione di cabine di regia composte da rappresentanti istituzionali (della Regione, delle università, delle Aziende sanitarie locali), formatori/trici regionali e ricercatori/trici universitari/e delle realtà coinvolte. Le due cabine di regia (una italiana, l'altra brasiliana) rappresentavano lo scheletro del progetto e fungevano da raccordo con gli altri attori

¹⁶ Il *Manifesto per la ricerca collaborativa in Salute Collettiva* è nato in seguito a un seminario tenutosi a Parma il 20 febbraio 2020, coordinato dalla professoressa Vincenza Pellegrino (Università di Parma) e dai professori Ivo Quaranta (Università di Bologna) e Ricardo Burg Ceccim (Università Federale del Rio Grande do Sul). La collaborazione ha come obiettivo quello di formalizzare una rete di ricerca internazionale, impegnata a sviluppare occasioni di scambio tra le università, le comunità e il sistema dei servizi sociali e sanitari di Brasile e Italia, finalizzate a una produzione pratica e intellettuale condivisa in tema di salute. Il Manifesto è disponibile a questo indirizzo:

<https://partecipazione.regione.emilia-romagna.it/news/normali/news-2020/ricerca-collaborativa-e-salute-collettiva-pratiche-di-ricerca-g-locali> (Sito internet consultato il 02/05/2022).

¹⁷ L'interdisciplinarietà è assunta in questo contesto sia come specificità pratico-metodologica della ricerca in salute intesa in senso collaborativo, sia come posizionamento critico-trasformativo nei confronti di percorsi accademici "monolitici" ed eccessivamente categorizzanti.

della rete a livello istituzionale: programmavano le attività di ricerca-formazione-intervento, monitoravano l'avanzamento del percorso e progettavano le attività laboratoriali. Esse funzionavano anche come spazio di coordinamento fra università e Regione/ASSr, perché riunivano i/le formatori/trici regionali (o tutor, uno/a per ogni realtà coinvolta) e ricercatori/trici, che insieme progettavano passo dopo passo le attività formative proposte. Ad ogni Ospedale di Comunità spettava inoltre la scelta di un/una facilitatore/trice locale, ossia di un/una professionista che si interfacciasse con i/le tutor regionali.

Il carattere strategico del RERSUS si fondava sulla circolarità delle attività proposte: i laboratori locali si concentravano sull'esperienza di ogni singolo contesto, in cui venivano esplorati alcuni nessi tematici del lavoro quotidiano negli Ospedali di Comunità; nei laboratori internazionali, questi nessi tematici venivano poi (ri)discussi con le altre esperienze regionali e con le realtà brasiliane. La conoscenza esperienziale prodotta a livello locale era così costantemente stimolata a muoversi nella direzione di un pensiero collettivo e di sistema, in cui ricadevano le singole prassi.

In quanto dottorande di ricerca e antropologhe, all'interno del RERSUS ci spettava il compito di sviluppare una etnografia del percorso formativo intrapreso dai/dalle professionisti/e dei tre Ospedali di Comunità italiani coinvolti nel progetto. In una prima fase del percorso, è sin da subito risultato evidente come i processi di riconversione che avevano portato all'apertura degli Ospedali di Comunità avessero avuto profonde ricadute sul lavoro dei/delle professionisti/e delle strutture, i/le quali si erano trovati a fare i conti con un certo spaesamento e con la mancata chiarezza organizzativa dovuta alla rapidità con cui sono stati realizzati simili cambiamenti. Per questo, nel nostro lavoro abbiamo cercato di tenere traccia delle riflessioni emerse durante le formazioni e delle dimensioni di complessità presenti nei singoli contesti, con particolare riguardo agli aspetti "adattivi" – cioè assimilati, incorporati dai/dalle professionisti/e –, ai posizionamenti e ai ruoli professionali, così come a possibili "salti concettuali", ossia alle spinte al cambiamento riguardo ad attitudini, visioni, discorsi e pratiche di lavoro. Per approfondire al meglio questi aspetti in alcuni casi abbiamo inoltre seguito individualmente, mediante attività di *shadowing* e di osservazione partecipante, alcune infermiere *case-manager* degli Ospedali di Comunità e preso parte alle visite sul campo in Italia e in Brasile¹⁸.

Uno dei nostri principali interrogativi di ricerca ha riguardato il carattere "comunitario" dell'Ospedale di Comunità. Mettendo a lavoro i saperi dell'antropologia, declinati secondo le prospettive della PHC, ci domandavamo infatti: in quale modo professionisti/e formati/e in un contesto ad egemonia biomedica e preparati/e per lavorare solo sulla malattia possono divenire capaci di includere la comunità e le sue istanze, non riproducendo quelle logiche "estrattive" e di esternalizzazione dei costi già denunciate dall'antropologia per quanto accadeva con la S-PHC (si veda sopra)? E come può un sistema sanitario ancora fortemente incentrato sul modello ospedaliero riorganizzarsi per dare spazio a un servizio territoriale "intermedio", pensato per dare continuità alle cure tra ospedale e domicilio?

¹⁸ La scelta di adottare lo *shadowing* (Sclavi 2003) e l'osservazione partecipante, piuttosto che metodologie di indagine etnografica più classiche (come ad esempio interviste aperte e/o semistrutturate), è stata dettata dalla volontà di tenere conto e fare tesoro di tre diversi aspetti: in primo luogo, quando si è sul campo la richiesta di realizzare delle interviste crea difficoltà ai/dalle professionisti/e che già soffrono la mancanza di tempo per una gestione accurata dei percorsi di cura; in aggiunta, seguire i/le professionisti/e nello svolgimento delle attività quotidiane, durante una visita domiciliare o in reparto, dà accesso a preziose informazioni di contesto che non sarebbero osservabili altrimenti; infine, nel corso della ricerca il lavoro etnografico si è volontariamente basato sulla condivisione e sulla successiva rielaborazione dei nostri diari di campo come metodologia di analisi multilivello e interpersonale.

A questo proposito, durante un incontro internazionale del progetto RERSUS, il gruppo di professionisti/e del municipio brasiliano di Niterói incalzava provocatoriamente i/le colleghi/e italiani/e:

Il nostro suggerimento per i colleghi italiani è quello di riflettere maggiormente sul nome “Ospedale di Comunità”. Secondo le categorie che usiamo in Brasile, l’espressione “di comunità” significa che l’Ospedale appartiene a tutta la comunità, in modo esteso: è della comunità. Sarebbe impossibile associare questo nome a una categoria di pazienti eleggibili¹⁹.

Nell’osservare etnograficamente il percorso di formazione, un primo “salto concettuale” che abbiamo identificato per la costruzione della “comunità” dell’Ospedale di Comunità riguarda l’importanza per i/le professionisti di guadagnare spazi per riflettere sul proprio operato, ovvero dotarsi di spazi di soggettivazione. A tal fine, durante il percorso i/le professionisti/e sono stati invitati/e a sperimentare alcune metodologie riflessive come l’osservazione partecipante, il diario autobiografico e l’uso della metafora visiva; sono stati poi applicati alcuni specifici strumenti di analisi sociale impiegati nel contesto brasiliano, come il flussogramma e le mappe esistenziali o relazionali, utilizzati per l’esame di casi complessi o dei processi di lavoro (Franco, Mehry 2013). L’accettazione di una proposta che uscisse dall’idea tradizionale della formazione “frontale” ha richiesto loro un notevole sforzo, sia in termini di tempo che di forza lavoro. Questo soprattutto perché, oltre ai momenti laboratoriali, ai/alle professionisti/e veniva chiesto di sperimentare questi metodi durante l’attività lavorativa: gli strumenti appresi andavano quindi “messi alla prova” con colleghi/e, durante le riunioni di équipe oppure con i/le pazienti, e richiedeva ad operatori/rici una flessibilità difficile da conquistare.

Ad esempio, durante un laboratorio abbiamo proposto ai/alle professionisti/e di prendere nota delle loro attività giornaliere. Nella maggior parte dei casi sono emerse descrizioni molto tecniche, che raccontano di un lavoro sommerso di burocrazia e della difficoltà di riconoscersi nelle attività svolte. Rileggendo alcune note appuntate frettolosamente durante un turno lavorativo, un’infermiera ci dice:

Quello che abbiamo scritto nei diari è il visibile. Ma poi c’è l’invisibile, quello che non riusciamo a quantificare, a descrivere. Serve molto sforzo da parte del personale per farlo emergere. Una struttura “ingessata” poi va a ledere la possibilità di rendere visibile quello che è invisibile, tutte quelle piccole cose che facciamo e che ormai diamo per scontate²⁰.

L’adozione di tecniche di ricerca-azione miste, “processuali”, qualitative e auto-etnografiche crea non poche difficoltà a chi lavora all’interno di tempi scanditi rigidamente. La capacità di raccogliere le conoscenze prodotte durante il percorso, così come di accompagnare processi di trasformazione nel proprio contesto professionale ponendo attenzione ai diversi livelli di complessità presenti, chiama in causa il tema della riflessività prodotta, ossia la capacità di mettere in campo una ricerca di senso sulle azioni incorporate nel quotidiano. Un passaggio, questo, che evoca gli strumenti necessari a sapersi osservare nell’insieme delle relazioni di cui si è par-

¹⁹ Incontro internazionale RERSUS, Bologna/online, 24 luglio 2019.

²⁰ Focus group, laboratorio locale RERSUS, Ospedale di Comunità di Castelfranco Emilia, 15 luglio 2019.

te; significa cioè riconoscere l'esistenza di una "produzione soggettiva dell'assistenza", che ha a che fare con le forme con cui ogni persona intende il lavoro sanitario e i modi in cui agisce al suo interno. In relazione a questa pratica professionale soggettivata e autoriflessiva, i professori brasiliani Emerson Elias Merhy e Tùlio Batista Franco (entrambi coinvolti nel progetto RERSUS) hanno sviluppato l'approccio della "micropolitica della produzione dell'assistenza" (Franco, Merhy 2013). I processi di lavoro, scrivono Merhy e Franco, non sono momenti sterili, ma esperienze che producono specifiche forme di soggettività e di potere: come tutti gli ambiti della nostra vita, anche quello dell'assistenza si basa sulla costruzione continua di interazioni sociali, affettive e istituzionali. Il processo di soggettivazione dei/le professionisti/e è dunque una modalità incorporata dell'esperienza, un diverso modo di osservare il quotidiano che si fonda sulla consapevolezza delle relazioni esistenti tra operatori/trici e persone "utenti", relazioni costruite in distinti campi di forza che operano e sono operati nei processi del lavoro di cura (Franco, Merhy 2013). È dunque sul piano dell'osservazione situata – il mio "esserci", qui e ora in relazione all'altro/a, in senso fenomenologico – che prende corpo la soggettivazione dei/le professionisti/e, un processo che nel caso del RERSUS è maturato anche grazie alla possibilità di realizzare delle missioni di scambio tra professionisti/e nei due paesi. In altre parole, si è trattato sia di apprendere a osservarsi contestualmente con e rispetto ad altri/e (talvolta anche geograficamente molto distanti), sia, parallelamente, di allargare la riflessione al ruolo svolto dai processi biografico-sociali di soggettivazione nel ripensare che cosa è "cura" in termini collettivi e relazionali, tanto per i/le pazienti quanto per gli/le operatori/rici.

Un secondo "salto concettuale" riguarda invece gli aspetti più organizzativi dell'assistenza, in particolare l'identità e le competenze di un Ospedale di Comunità. Nello spazio di sperimentazione aperto dal RERSUS, per adempiere alla funzione di "intermedietà" e immaginare nuovi modi di operare su quei confini organizzativi che separano l'ospedale e il territorio, i/le professionisti/e sono stati/e chiamati/e a riflettere sull'intera rete di assistenza e sulle rispettive competenze, in un processo che inevitabilmente ha generato complessità, incertezza e tensioni interne. Durante un focus group, un'infermiera diceva:

L'Ospedale di Comunità ha la funzione di una cerniera. Come i dentini della cerniera che si incastrano: o riesci a gestire questa intermedialità tra territorio e ospedale oppure non è un Ospedale di Comunità. Ma cos'è che faccio io come professionista dell'Ospedale di Comunità? Dove finisco io e dove inizia la competenza dell'altro comparto o dell'altro professionista? A chi spetta stabilire i nostri ruoli? Io credo che non si possa pensare all'organizzazione di un sistema se non si pensa di riorganizzare anche l'altro comparto²¹.

Per rispondere a queste domande, la riflessione si è spostata sulla necessità di andare oltre l'idea di costruire, ampliare o riorganizzare una "rete tra servizi" per la presa in carico dei bisogni: al suo posto, è emerso il concetto di "sconfinamento", il quale richiama un agire transdisciplinare e collaborativo, volto a ripensare modi, tempi e luoghi della cura. "Sconfinare", così come l'abbiamo inteso durante il percorso di formazione, significa saper "andare oltre" i confini esistenti tra i servizi (a livello macro), così come tra professionisti/e (a livello micro), senza perdere la propria specificità e/o negare il proprio nucleo di competenze, per "allargarsi" a campi di esperienze più ampi e al fine di destabilizzare il quotidiano.

²¹ Focus group, laboratorio locale RERSUS, Ospedale di Comunità di Forlimpopoli, 2 settembre 2019.

Nel corso di un laboratorio, a proposito dello “sconfinamento”, un'altra infermiera riportava:

Sconfinare è una competenza che mi serve per aiutare la persona, perché non sto nella rigidità delle mie funzioni, ma guardo a quello di cui c'è bisogno. Dove io sconfino, io faccio comunità. Però questi sconfinamenti vanno riconosciuti e condivisi²².

Questa immagine “artigianale” del/la professionista, che negozia costantemente le decisioni e mette in campo soluzioni provvisorie senza la pretesa di dare una risposta immediata a tutti i bisogni, seppur volte ad esplorarli nella loro complessità, è spesso poco legittimata all'interno dei servizi. L'idea di un operatore/trice che “va oltre”, che “sconfinava”, genera ansia in primo luogo negli/le operatori/trici stessi/e, perché è un'immagine incerta e che produce pochi risultati “visibili”. Sul campo, questi aspetti si confrontano costantemente con modelli organizzativi ancora scarsamente preparati alla gestione di situazioni di salute complesse e a lungo termine, che necessitano di recuperare gli aspetti più esistenziali della cura. Questo paradosso si traduce nei/le professionisti/e in uno scollamento fra pratica e valore: da un lato, farsi carico del portato esistenziale del/la paziente richiede uno “sconfinamento” (del proprio ruolo, del concetto di cura, delle competenze, delle soluzioni pensate); dall'altro, tali azioni rimangono “sommerse”, “silenti” rispetto ad altre pratiche ritenute a livello clinico e assistenziale efficienti e professionalizzanti. “Sconfinare” può quindi essere inteso come la capacità di uscire dalle premesse implicite, ossia imparare a prendere in considerazione altre pratiche di lavoro rispetto a quelle che apparirebbero a prima vista come le più efficaci perché già consolidate: significa, in altre parole, pensare a modi diversi di prendere in carico i bisogni di salute delle persone. Spesso è infatti emerso come, all'interno di sistemi ancora troppo rigidi, iperspecialistici e settorializzati, i bisogni vengano raccolti in quanto dati oggettivi e quantificabili, più per rispondere a processi di valutazione dei percorsi assistenziali che per realizzare un'analisi centrata sulla persona e sul suo ambiente di vita. Gli sconfinamenti necessari a prendersi cura richiedono invece metodi condivisi per l'analisi dei bisogni e linguaggi comuni a partire dai quali mettere in moto nuovi spazi negoziali nei confronti della salute, della malattia e della morte. In questo senso, lo sconfinamento è anche una pratica necessariamente sempre plurale.

Così, i/le professionisti/e implicati/e nel RERSUS, e con loro noi ricercatrici, abbiamo iniziato a pensare all'Ospedale di Comunità come una comunità o, per meglio dire, un contesto in cui “agire” la comunità: non più come un “comparto” dell'assistenza, un servizio dedicato a determinate tipologie di pazienti, ma come uno spazio in cui prendono corpo continui e faticosi momenti di soggettivazione e di sconfinamento, per riconoscere se stessi/e e gli/le altri/e come parti in causa in relazioni che generano cura.

Conclusioni

In questo contributo abbiamo presentato alcune delle riflessioni che abbiamo maturato nel corso del progetto RERSUS. Prendere parte a questo percorso in quanto dottorande di ricerca ha significato in primo luogo accrescere la nostra formazione nel campo dei servizi sociosanitari, accedendo a due campi di ricerca (gli Ospedali di Comunità da un lato, quello più programmato-

²² Focus group, laboratorio locale RERSUS, Ospedale di Comunità di San Secondo Parmense, 26 settembre 2019.

rio-istituzionale dell’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dall’altro) che difficilmente avremmo altrimenti potuto attraversare. A una simile opportunità si è parallelamente accostata la possibilità di dotarci di uno specifico approccio teorico-metodologico alla salute condiviso con gli interlocutori brasiliani (quello della PHC), ancora poco conosciuto nel contesto antropologico italiano. Nel corso del testo ci siamo concentrate sugli aspetti teorici e metodologici del lavoro in PHC per meglio mostrare come tale approccio, che ben dialoga con i saperi e le pratiche dell’antropologia, sia utile per affrontare i bisogni di salute emergenti, permettendo una riflessione densa sui concetti fondanti il lavoro in salute (come quelli di “partecipazione”, “comunità”, “assistenza” e “cura”).

La rete di ricerca e gli spazi di condivisione creati in seno al Laboratorio italo-brasiliano, in cui anche il RERSUS ha preso corpo, sono stati fondamentali per comprendere come applicare “operativamente” un approccio antropologico fondato sul lavoro di PHC. La struttura del Laboratorio è ciò che ha fatto sì che i processi di apprendimento, per i/le professionisti/e così come per noi dottorande di ricerca, si producessero ai confini tra università, istituzioni e servizi, gettando le basi per la costruzione di una rinnovata cultura dell’assistenza. Saperi “monolitici” e ultraspecializzati, prodotti lontano da questi confini, risultano infatti più difficili da operativizzare in modo integrato. Compito dell’università dovrebbe essere allora quello di partecipare a questa operatività e renderla “manifesta”, riconoscendo e sostenendo il potenziale trasformativo che può essere generato tramite attività di terza missione, strutturate all’interno dei singoli insegnamenti, in tirocini formativi o progetti di ricerca dottorali.

In questo solco un possibile ruolo dell’antropologia medica applicata potrebbe essere quello di partecipare alla costruzione di strumenti e saperi generalisti nell’ambito della salute, ripensando l’autorialità stessa del prodotto antropologico. Satish Kedia e John van Willigen (2005) ritengono che, poiché gli ambiti in cui lavorano gli/le antropologi/he applicati/e si espandono costantemente, il sapere antropologico viene a sua volta sempre più influenzato da campi esterni e utilizzato al di fuori della disciplina. Questo doppio incontro contribuisce inevitabilmente a diminuire la differenza tra le conoscenze specifiche degli/le antropologi/he e quelle che si formano in altri settori. Kedia e van Willigen scrivono infatti:

Si potrebbe sostenere che vi è una convergenza di idee di varie discipline per formare quella che si può pensare come una nuova sintesi di concetti, con reti di persone che lavorano in ambito applicato e accademico, che condividono idee e si influenzano a vicenda, anche se si sono formati in campi diversi (2005: 336).

Mentre i/le professionisti/e sanitari/e si troveranno gradualmente a fare riferimento a strumenti e a campi teorici vasti, agli/le antropologi/he spetterà il compito di ripensare il modo stesso di fare etnografia in senso collaborativo. Detto altrimenti, se ci adoperiamo per un’antropologia capace di agire dall’interno (della comunità, dei servizi, delle istituzioni) e ne rivendichiamo l’importanza teorico-metodologica, non è per pensare ancora una volta al ruolo dell’etnografo/a sul campo, ma per contribuire a diffondere la conoscenza antropologica come esito di un processo collettivo e democratico di costruzione del sapere.

Bibliografia

- Abadía-Barrero, C. E., Bugbee, M. 2019. Primary health care for universal health coverage? Contributions for a critical anthropological agenda. *Medical Anthropology, Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 38 (5): 427-435.
- Banchero, A. 2014. Organizzazione e gestione delle strutture. *Salute e Territorio. Rivista trimestrale di politica sanitaria. Le cure intermedie*, 201 (35): 304-308.
- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., Salivaras, S. 2003. The Expanded Chronic Care Model: an Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7 (1): 73-82.
- Belluto, M., Ceccim, R. B., Martino, A. 2020. La ricerca-formazione-intervento collaborativa in Salute Collettiva: esperienze di frontiera tra università, servizi e territori. *Tracce urbane. Rivista italiana transdisciplinare di studi urbani*, 8: 70-98.
- Belluto, M., Consoloni, M., Di Pumpo, M., Fantini, S., Schenone, I. 2022. I bisogni di salute di una comunità: il punto di vista antropologico. *Sistema Salute, Primary Health Care Parte I, Sistema Salute*, 66: 306-322
- Bibeau, G., Corin, E. 1995. «Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale», in *La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay*. Trudel, F., Charest P., Breton, Y. (dir). Québec. Le Presses de l'Université Laval: 105-148.
- Breilh, J. 2013. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (1): 13-27.
- Campedelli, M., Lepore, V., Tognoni, G. 2010. *Epidemiologia Di Cittadinanza. Welfare, Salute, Diritti*. Roma. Il pensiero scientifico.
- Ceccim, R. B., Feuerwerker, L. 2004. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*, 14 (1): 41-65.
- Cognetti, F. 2013. La third mission dell'università. Lo spazio di soglia tra città e accademia. *Territorio*, 66: 18-22.
- Cognetti, F. 2016. Ricerca-azione e Università. Produzione di conoscenza, inclusività e diritti. *Territorio*, 78: 40-46.
- Consoloni, M., Quaranta, I. 2022. Lockdown dall'alto, comunità dal basso: ripensare la cura in tempo di pandemia. *Civiltà e Religioni*, 7: 123-136.
- Coreil, J., Mull, J. D. (eds). 1990. *Anthropology and Primary Health Care*. New York. Routledge.
- Curto, A., Garattini, L. 2014. La riforma delle cure primarie nel Servizio Sanitario Nazionale: fra teoria e pratica. *Quaderni di Farmacoconomia*, 24: 20-31.
- Farmer, P. E. 2004. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley. University of California Press.
- Ferreira, L., de Almeida Barbosa, J. S. 2019. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*, 120 (43): 223-239.
- Franco, T. B., Mehry, E. E. 2013. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos*. Sao Paulo. Hucitec.
- Franco, T. B., Ceccim, R. B. (a cura di). 2016. *Prassi in Salute Globale: azioni condivise tra Brasile e Italia*. Brasile/Bologna. Rede UNIDA/CSI-Unibo.

- Garbois, J. A., Sodré, F., Dalbello-Araujo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, 41 (112): 63-76.
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). 2018. Focus sul Rapporto annuale. La situazione del Paese. <https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2018/Rapportoannuale2018.pdf>
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). 2021. Annuario Statistico Italiano 2021. https://www.istat.it/storage/ASI/2021/ASI_2021.pdf
- Kedia, S., van Willigen, J. 2005. *Applied Anthropology: Domains of Application*. Westport, CT. Praeger.
- Krieger, N. 2021. *Ecosocial Theory, Embodied Truths, and the People's Health*. Oxford. Oxford University Press.
- Liborio, M. 2013. ¿Por qué hablar de Salud Colectiva? *Revista Médica Rosario*, 79: 136- 41.
- Maciocco, G. (a cura di). 2019. *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*. Roma. Carocci.
- Magnussen, L., Ehiri, J., Jolly, P. 2004. Comprehensive Versus Selective Primary Health Care: Lessons For Global Health Policy. *Health Affairs*, 23 (3): 167-176.
- Martínez-Hernández, A., Correa-Urquiza, M. 2017. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud colectiva*, 13: 267-278.
- Martino, A. 2019. «La via brasiliana alla Primary Health Care», in *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*. Maciocco, G. (a cura di). Roma. Carocci: 303-310.
- Martino, A., Sintoni, F., Marta, B. 2015. La Casa della Salute. *Sistema Salute*, 59 (4): 519-533.
- Martino A., Guimarães C. F., Marta B. L., Ferla A. A., Sintoni F., Nicoli M. A. 2016. «La costruzione del Laboratorio Italo-Brasiliano di formazione, ricerca e pratiche in Salute Collettiva come strumento di lavoro in salute tra Italia e Brasile», in *Prassi in Salute Globale: azioni condivise tra Brasile e Italia*. Franco T. B., Ceccim R. B. (a cura di). Brasile/Bologna. Rede UNIDA/CSI-Unibo: 193-221.
- Menéndez, E. L. 1988. «Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria», in *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Libro de Las Jornadas*. Buenos Aires: 451-464.
- Missoni, E., Pacileo, G. 2008. «A trent'anni da Alma Ata: l'evoluzione delle politiche globali in sanità», in *Salute globale e aiuti allo sviluppo Diritti, ideologie, inganni. Terzo Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*. Pisa. Edizioni ETS: 23-33.
- Minelli, M. 2021. Rischio, vulnerabilità, partecipazione. *Anuac*, 10 (1): 241-246.
- Morgan, L. M. 1987. Dependency Theory in the Political Economy of Health: An Anthropological Critique. *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (2):131-154.
- Mull, J. D. 1990. «The Primary Health Care Dialectic: History, Rhetoric, and Reality», in *Anthropology and Primary Health Care*. Coreil J., Mull J. D. (eds). New York. Routledge: 28-47.
- Nichter, M. 2008. *Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*. Tucson, University of Arizona Press.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). 1978. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, URSS, Geneva. World Health Organization.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion. The Move towards a New Public Health*. Geneva. World Health Organization.

- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). 2005. *Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment*, Geneva. WHO global report.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). 2008. *The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever*. Geneva. World Health Organization.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). 2018. *Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care*. Astana, Kazakhstan. World Health Organization.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., Macinko, J. 2011. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, 377: 1778-97.
- Pellegrino, V. 2019. *Futuri possibili. Il domani per le scienze sociali di oggi*. Verona. Ombre Corte.
- Pesaresi, F. 2019. «Modelli regionali di strutture di cure intermedie a confronto», in *Ospedali di Comunità, Case della Salute e Cure Primarie: esperienze regionali e confronti*. Banchieri, G., Colavita, F., Massaro, G. (a cura di). Città di Castello. Edizioni Joelle: 91-110.
- Quaranta, I. 2020. «Trabalho de proximidade e cuidados intermediários de um ponto de vista antropológico», in *Cuidados intermediários e redes de atenção à saúde*. Franco, T. B., Xavier de Mendonça, P. E., Ribeiro Conceição, M., Nicoli, M. A., Quaranta, I. (a cura di). Porto Alegre. Rede UNIDA: 51-57-
- Rifkin, S. B., Walt, G. 1986. Why health improves: defining the issues concerning “comprehensive primary health care” and “selective primary health care”. *Social Science & Medicine*, 23 (6): 559-566.
- Sclavi, M. 2003. *Arte di ascoltare e mondi possibili: come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano. Mondadori.
- Vallerani, S. 2022. Riflessioni sociologiche su un rapporto in bilico. Salute e PNRR tra pulsioni conservatrici e istanze trasformative. *Autonomie Locali e Servizi Sociali. Quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare*, 2: 255-272.
- Walsh, J. A., Warren, K. S. 1979. Selective Primary Health Care: an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *New England Journal of Medicine*, 301: 967-974.
- Wilkinson, A., Parker, M., Martineau, F., Leach, M. 2017. Engaging ‘communities’: Anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 1721 (372): 20160305.
- Young, A. 1982. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11 (1): 257-285.

