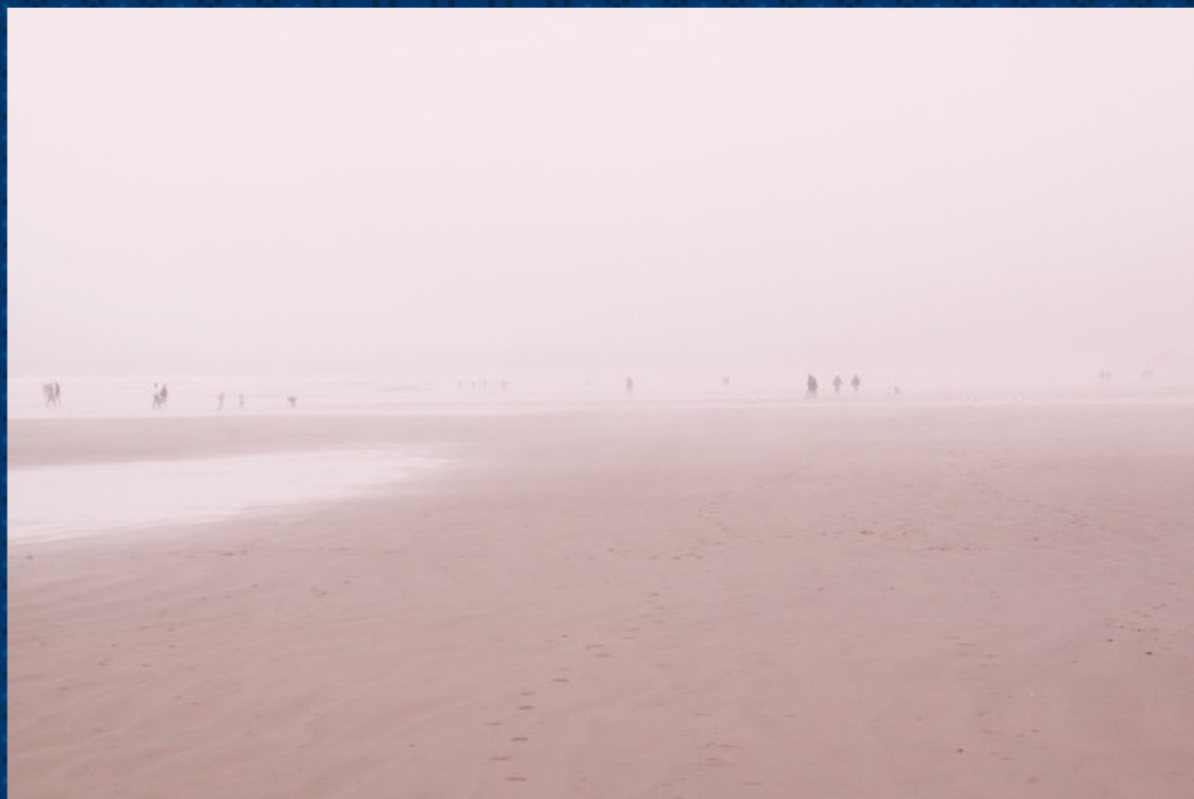


AM



57 / giugno 2024

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI



In copertina: fotografia di Chiara Moretti

«Ogni cosa è isolata davanti ai
miei sensi,
che l'accettano senza
scomporsi: un brusio di silenzio».

Cesare Pavese, *Mania di solitudine*, 1933.



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.



Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

57

giugno 2024
June 2024



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Sara Cassandra, scrittrice, Napoli / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Università di Messina / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Sara Cassandra, writer, Napoli, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Università di Messina, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli è una testata semestrale della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli



Indice
Contents

n. 57, giugno 2024

n. 57, June 2024

Editoriale

- 11 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 57
AM 57 Editorial

Saggi

- 15 Luigi Canetti
Tra Dioniso e Cristo. Posseduti danzanti nella tarda Antichità
Between Dionysus and Christ. Dancing Possessed in Late Antiquity

Ricerche

- 37 Giulia Nistri
Permeabilità terapeutiche. Seguire il metadone nei percorsi di cura per le dipendenze
Therapeutic Permeabilities. Following "Methadone" through Addiction Health Care Programs
- 65 Federica Toldo
Qu'est-ce qu'un genou cassé a à dire sur la capoeira? Un essai sur l'expérience de l'adversaire disséminé et quelques pistes pour repenser le corps en tant qu'outil ethnographique
What a Broken Knee Can Tell Us About Capoeira? Experiencing the Distributed Opponent and Rethinking the Body as an Ethnographic Tool

Note, interventi, rassegne

- 93 Donatella Cozzi
La cura dell'istituzione di cura. Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria (vol. II) di Francesco Scotti
The Cure of Caring Institution. Reflections on Francesco Scotti's Birth and Evolution of a Community Psychiatry in Umbria, vol. II

Sezione monografica

- 119 Michela Marchetti, Chiara Moretti, Stefania Spada
Di quale antropologia il mondo ha bisogno? Confronto sulla sostenibilità delle prassi antropologiche. Introduzione alla sezione monografica
What Kind of Anthropology Does the World Need? Discussion on the Sustainability of Anthropological Practices. Introduction to the Monographic Section

Sezione monografica

- 131 Agata Mazzeo
*Incontri e scambi fra saperi. Sulla necessità
di un approccio partecipativo e transdisciplinare
alle questioni di salute pubblica ambientale,
in una prospettiva globale*
*Encounters and Exchanges among Knowledges. On
the Need for a Participatory and Transdisciplinary
Approach to Environmental Public Health Issues, in a
Global Perspective*
- 159 Donatella Cozzi
Qualche breve appunto sulla formazione in sanità
A Few Brief Notes on Healthcare Training
- 173 Silvia Pitzalis
*«I ain't got no home». Restrizioni e resistenze
nelle esperienze di persone richiedenti asilo
e rifugiate in uno SPRAR "vulnerabili".
Riflessioni etico-metodologiche*
*«I Ain't Got No Home». Restrictions and Resistances
in the Experiences of Asylum Seekers and Refugees
in a "Vulnerable" SPRAR. Ethical-Methodological
Reflections*
- 205 Stefania Spada
*Tradurre la "riflessività operativa": l'insegnamento
dell'antropologia medica applicata al diritto*
*Translate the "Operational Reflexivity": Medical
Anthropology Lesson Applied to Law*
- 237 Giuliana Sanò
*Compiere un "passo di lato":
note a margine di un incidente etnografico*
*Taking a "Step to the Side":
Notes on the Margins of an Ethnographic Incident*
- 263 Selenia Marabello
Postfazione. Campi di tensione
Afterword. Tension Fields
- 269 Sara Cassandra
L'incontro con lo spirito nel vuoto post-operatorio

Book Forum

Donatella Cozzi, *Rendere legittima l'espressione di un dolore di genere / Making the Expression of Gender Pain Legitimate* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 275 • Giovanni Pizza, *Il dolore «caduco»: oltre l'antropologia medica / Caducous' Pain: Beyond Medical Anthropology* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 280 • Roberto Poma, *Inaspettato-ora-attuale dolore / Unexpected-Now-Now Pain* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 285 • Chiara Moretti, *Il dolore tra esperienze, lotte e ricostruzioni / Pain between Experiences, Struggles and Reconstructions* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 288.

Recensioni

Lorenzo Alunni, *Il lavoro sul campo / The Fieldwork* [Seth M. Holmes, *Frutta fresca, corpi spezzati. Braccianti migranti negli Stati Uniti d'America*], p. 295 • Federico Scarpelli, *Cosa fare con loro. Etnografia di una riabilitazione (quasi) impossibile / What to Do with Them. Ethnography of an (Almost) Impossible Rehabilitation* [Lorenzo Urbano, *Scegliere la malattia. Responsabilità e riflessività nella riabilitazione della tossicodipendenza*], p. 302 • Claudia Urzì, *Per una antropologia della salute. Temi percorsi riflessioni / Towards an Anthropology of Health. Theme, Paths, Reflections* [Maurizio Karra, *Il male e la malattia: normalità e anormalità fra corpo e mente. Riflessioni di un antropologo sul senso del male, sulla sofferenza, sulle terapie di cura, sulla guarigione e sul finis vitae*], p. 309.

Editoriale di AM 57

Giovanni Pizza

Università di Perugia
[giovanni.pizza@unipg.it]

AM 57 presenta una sezione monografica a cura di Michela Marchetti, Chiara Moretti e Stefania Spada che nasce da un panel del penultimo convegno della Società italiana di antropologia applicata (SIAA). La sezione monografica è intitolata *Di quale antropologia il mondo ha bisogno? Confronto sulla sostenibilità delle prassi antropologiche*. Il convegno si è tenuto a Verona nel 2022.

Le stesse curatrici ci tengono ad annotare che «Il lavoro che ha portato tanto all'ideazione e conduzione del panel, quanto al coordinamento del presente monografico rende impossibile una distinzione netta dei contributi individuali. Lo stesso vale per la concettualizzazione, scrittura e revisione di questa introduzione che ha visto le autrici contribuire in maniera paritaria; l'ordine dei nomi pertanto riflette il solo ordine alfabetico». Si pubblica così un nuovo testo corale che vuole suggerire anche qualche riflessione epistemologica sulla disciplina.

La rubrica saggi raccoglie poi uno scritto dello storico Luigi Canetti che riguarda la possessione cristiana ed è un'anticipazione del volume sugli stati plurali di coscienza curato per Clipra – “Cultura-Linguaggi-Pratiche”, gruppo di ricerca afferente al Dipartimento di Filosofia Scienze Sociali Umane e della Formazione (FISSUF) dell'Università di Perugia – da Francesco Marcattili, Ester Bianchi e Massimiliano Minelli.

Per quel che riguarda le ricerche abbiamo i testi di due esperte: la neo-addottorata in Scienze Umane Giulia Nistri, con un articolo dal titolo *Permeabilità terapeutiche. Seguire il metadone nei percorsi di cura per le dipendenze*, e la docente di Antropologia culturale all'Università di Udine Federica Toldo, con uno scritto sull'etnografia corporea e la capoeira dal titolo *Qu'est-ce qu'un genou cassé a à dire sur la capoeira? Un essai sur l'expérience de l'adversaire disséminé et quelques pistes pour repenser le corps en tant qu'outil ethnographique*.

Inoltre la nostra sezione *Note, Interventi, Rassegne* è dedicata alla nota di Donatella Cozzi, docente dell'Università di Udine e vicepresidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM), che passa in rassegna il secondo volume dello psichiatra umbro Francesco Scotti il quale, completando un contributo importante sulla deistituzionalizzazione in Perugia, a cento anni dalla nascita di Basaglia sta a ricordare, se ancora ce ne fosse bisogno, che nel processo che portò alla legge 180, che va appunto a nome di Basaglia, non c'è solo Gorizia. Il titolo dei due volumi di Scotti è *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria*.

Ancora la possessione torna nella seconda rubrica narrativa di Sara Cassandra *Riflessioni e Racconti* in cui la nostra scrittrice riflette, a modo suo, sulla retorica possessiva nei contesti ospedalieri con una intervista antropologica.

Infine le recensioni.

La prima parte è dedicata – ed è la prima volta – alla discussione-forum sul libro, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica* (Edizioni ETS, Pisa 2019, 375 pp.) di una delle curatrici della sezione monografica: Chiara Moretti.

La seconda parte raccoglie tre recensioni. Lorenzo Alunni, dell'Università di Milano Bicocca, tratta del libro di etnografia e antropologia, del medico e antropologo Seth Holmes (docente di Antropologia medica, Salute Pubblica e Società e Ambiente all'Università della California di Berkeley) sulla salute dei lavoratori immigrati messicani impiegati negli USA nel settore alimentare dal titolo *Frutta fresca, corpi spezzati*. Holmes attraversa il confine Messico-Usa accanto a questi lavoratori e vive nelle loro piccolissime baracche. È una antropologia dei processi di incorporazione la sua, che cerca di dare voce alla sofferenza di coloro che sono colpiti dalla violenza strutturale di una società che certo dà lavoro, ma a scapito di diritti e soprattutto di salute.

Federico Scarpelli, dell'Università di Salerno, discute il volume di Lorenzo Urbano *Scegliere la malattia. Responsabilità e riflessività nella riabilitazione della tossicodipendenza*, che nel 2023 inaugura per l'editore Argo di Lecce la ripresa della collana Biblioteca di Antropologia Medica (BAM) ideata e fondata, come questa rivista, da Tullio Seppilli, con nuovi direttori affiancati da un autorevole comitato scientifico. Alla fine si comprende come l'antropologia medica di Urbano, improntata all'etnografia e alla riflessività (che non è la *riflessione* ma il *riflesso*), riesca a problematizzare enormemente il concetto di riabilitazione.

In chiusura Claudia Urzi, dell'Università di Palermo, riflette sul testo di Maurizio Karra, *Il male e la malattia: normalità e anormalità fra corpo e mente. Riflessioni di un antropologo sul senso del male, sulla sofferenza, sulle terapie di cura, sulla guarigione e sul finis vitae*. In una prospettiva molto ampia, dal mito greco, alla pandemia, dall'hikikomori alla eutanasia, si affrontano i problemi e i temi vasti di un'antropologia della salute anche ripensando a de Martino, a Devereux e alla critica all'Occidente nel quadro di utili suggestioni epistemologiche sull'antropologia *tout court*.

Si chiude, così, il numero 57 di AM.

Buona lettura!

Qualche breve appunto sulla formazione in sanità

Donatella Cozzi

Università di Udine
[donatella.cozzi@uniud.it]

Abstract

A Few Brief Notes on Healthcare Training

How do you build reflexivity in the context of training in medical anthropology? An example allows us to think about reflexivity by using Gregory Bateson's concept of recursion. A negative example of training closes this short contribution.

Keywords: training in medical anthropology, non-standard methods in medical anthropology training, Gregory Bateson and Forms of learning

La storia di B.

Siamo una trentina, in un corso di formazione per infermiere/i e ostetriche che aspirano a diventare dirigenti. Ci troviamo a Trieste, e le/i frequentanti provengono da una ampia gamma di servizi ospedalieri e territoriali. Alcune/i tra loro si conoscono, altre/i si incontrano per la prima volta. I nostri incontri sono punteggiati da trilli telefonici discreti: spesso non è sufficiente essere autorizzati ad assentarsi per seguire un corso, le responsabilità devono poterti raggiungere ovunque.

L'incarico che mi viene affidato è preciso: stimolare l'incontro e il confronto tra professionalità maturate in ambienti assistenziali differenti e favorire la costruzione di una "cultura professionale condivisa", nel rispetto delle peculiarità che connotano servizi clinici e territoriali. Oltre all'esecuzione di focus group per un incontro di esperienze e per stimolarne l'utilizzo come tecnica, ho utilizzato il diagramma di flusso, ovvero una rappresentazione grafica che descrive un processo nelle sue tappe¹. Qui viene impiegato per raccontare la vita di B., che nel 2021 ha 50 anni. La sua storia è lunga e densa, e viene riferita dagli interlocutori che si alternano nella

narrazione con i toni tipici della presentazione di un caso clinico. Man mano che il racconto si dipana, cerco di raffigurarlo sulla lavagna con un diagramma che procede seguendo le tappe della biografia di B. e dei contatti con i diversi servizi sanitari.

B. nel 1995 è seguito per tossicodipendenza dal SERT (oggi SERD). Nel 2003 B. firma le proprie dimissioni: all'uscita dal servizio è accompagnato da una diagnosi di disturbo dell'umore, stati ansiosi, delirio persecutorio, grave disturbo di personalità borderline e dipendenza da sostanze. Dal 2004 al 2019 si trasferisce in Spagna: di questa permanenza quello che si conosce è che ha un figlio, nato da una relazione con una donna alla quale sono attribuiti problemi di alcolismo. In seguito alla situazione di dipendenza dei genitori, il figlio viene allontanato da servizi sociali. In Spagna B. dice di aver fatto il personal trainer. Nel 2019, torna in Italia e poco prima di Natale, come raccontano gli operatori, si presenta al SERD accompagnato dalla madre (in passato arrestata per detenzione e coltivazione di cannabinoidi. Per lei è stato chiesto il trasferimento in OPG, ma non è molto chiaro in quale momento questo avviene). B. racconta di essere stato seguito da un servizio in Spagna. Ma non ha con sé nessuna documentazione medica; ha anche smarrito i documenti di identità. Quando arriva al servizio è agitato, minaccioso nei confronti degli operatori, teatrale nelle espressioni. Parla quasi solo in spagnolo e dice di aver dimenticato l'italiano. Avverte sintomi iniziali di astinenza. Le analisi delle urine presentano una positività a diverse sostanze. Viene somministrato metadone (h. 11 e h. 13). Dopo la discussione del caso in équipe, mentre gli operatori del SERD stanno ancora raccogliendo dati, B. si reca nel Centro di Salute mentale con la madre: B. è in ansia, il CSM imposta quindi una terapia, che viene assunta. Ma dopo pochi giorni B. viene portato in Pronto soccorso: si sospetta una intossicazione mista di farmaci e sostanze, è confuso, ha allucinazioni visive, è agitato. La madre racconta che B. vuole gestire la terapia in autonomia. Viene chiamato il CSM per organizzare la dimissione dal Pronto Soccorso. Ma nella notte del 2 gennaio 2021, dopo la dimissione, B. si allontana da casa, in pigiama, si avvia sul ciglio della strada, barcolla, viene travolto da un'auto che dopo l'investimento fugge. Dopo l'intervento dell'ambulanza e l'ingresso in PS, B. viene ricoverato in terapia intensiva, per le gravi lesioni riportate. Lentamente, B. migliora. Si riunisce l'Unità di valutazione (UVM) per costruire un percorso successivo alle dimissioni. Tra le proposte, si ipotizza di ricoverare B. in una RSA, nella quale il CSM lo potrebbe seguire con visite periodiche. Mentre è ricoverato in terapia intensiva, B. ha un ictus emorragico. Una volta ripresosi, B. rifiuta il ricovero in RSA. Segue una nuova riunione dell'Unità di valutazione: B. viene inserito in un appartamento protetto gestito dal CSM e garantita l'assistenza del SERD; viene attivata la fisiochinesiterapia e impostata l'assistenza domiciliare, la consegna dei pasti e l'assistenza dell'infermiere di comunità. Tutto sembra procedere per il meglio, una terza riunione dell'UVM inizia a programmare un inserimento lavorativo in una cooperativa che accoglie persone con doppia diagnosi (psichiatrica e di tossicodipendenza). E B.

sembra contento di come procedono le cose. Ma nel dicembre del 2021 ha una ricaduta per abuso di sostanze.

Un primo commento serpeggia tra gli astanti: quanti gli operatori e i servizi coinvolti, quanti i costi sostenuti per una sola persona! Lo sguardo del gruppo narrante, un infermiere del 118, una responsabile di SERD, una infermiera del Csm, due infermiere di terapia intensiva, fissa il flussogramma. Si consultano tra loro, infine emerge un interrogativo corale: «Ci siamo resi conto che in tutto questo percorso nessuno ha indagato con B. quali fossero i suoi bisogni. Dobbiamo ascoltare B. e decidere insieme a lui».

Ricorsività e apprendimento

Il digramma di flusso o flussogramma è una rappresentazione materializzata. Come in un fuoricampo cinematografico in esso si possono leggere le scelte attuate da équipe e servizi, in risposta ad una serie di problemi. Il flussogramma dà accesso al processo di messa in forma degli interventi e rivela le idee spesso implicite, anche irriflessive, che hanno guidato le attività. Questo esame retrospettivo mostra, nel caso in oggetto, le modalità di costruzione del processo assistenziale e clinico di B., confrontandosi in modo particolarmente nitido con il processo di selezione di cosa è stato considerato pertinente alla relazione di aiuto e successivamente ad un progetto di autonomia per B. e cosa è stato valutato come eccentrico rispetto a queste priorità, come l'espressione dei suoi bisogni. La riflessività porta ad accedere ai "preconcetti" e ai "presupposti" che persistono malgrado l'intenzione di mantenere la "mente aperta" (GHASARIAN 2002: 11), quindi uno sguardo retrospettivo risulta accrescere le possibilità di analisi. Un elemento che a me pare particolarmente interessante è il non avere una piena consapevolezza delle ipotesi epistemologiche che hanno guidato l'azione: si procede per protocolli, reti consolidate tra servizi e soprattutto urgenze. Interrogarsi sulle proprie scelte, suscitare nuove domande e mettere in dubbio le proprie certezze, oltre ad essere un esercizio di autoriflessività, porta a ragionare sul concetto di "ricorsività" tanto caro a Gregory Bateson, che qui brevemente riprendo per comprendere i salti logici incentivati dall'esecuzione del flussogramma – e implicitamente i salti logici che la formazione in antropologia medica dovrebbe comprendere. Utilizzare la lezione di Bateson, benché apparentemente eccentrica quando si parla di formazione, spero consenta di unire "riflessività" e "apprendere ad apprendere" all'interno di un contesto formativo.

Nei suoi ultimi due libri *Mente e natura* (1986), *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro* (1987, scritto insieme alla figlia Mary Catherine e da lei completato) Bateson propone il seguente quadro sinottico (fig. 1) del procedimento per ordini di ricorsione che è implicata nell'osservazione del comportamento umano:

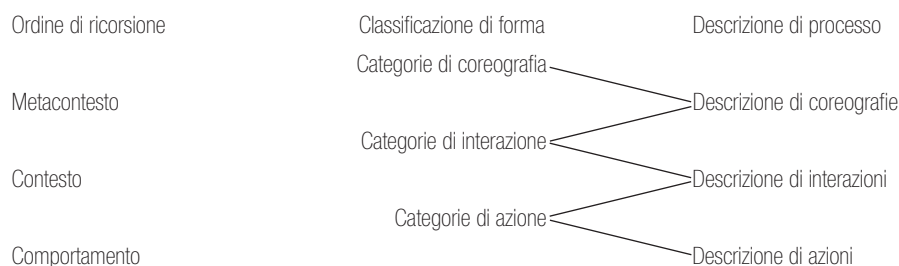


Fig.1. *Ordini dell'analisi epistemologica* (Bateson 1986: 257, 261)

Comportamento, contesto e metacontesto sono tre diverse porte di ingresso nella complessità sociale e il passaggio dall'una all'altra non è segnato da una continuità, ma da salti logici nei modi di inquadrare gli eventi. Bateson sottolineava come l'epistemologia dominante tenda a ridurre contesto e meta contesto a sequenze di azioni e a ragionare principalmente in termini di categorie di azione, a cui il flussogramma si presta perfettamente. Abbiamo in questo modo un comportamento "conformista", "rituale" "innovativo", "autoritario", "estroverso", "introverso" e via scorrendo, categorie che si applicano con eguale disinvoltura agli individui quanto ad interi sistemi sociali. Tenzionalmente, infine, la riduzione dei contesti e dei metacontesti a catene di azioni viene impiegata sia per descrivere i comportamenti quanto per offrirne la spiegazione. Bateson paragona questa mancata distinzione tra elemento e classe, questa assenza di tipizzazione logica, alla risposta di quel personaggio di Molière il quale, ai sapienti dottori che gli chiedevano di definire "causa e ragione" per cui l'oppio fa dormire, disse: «Perché esso contiene un principio soporifero (virtus dormitiva)» (BATESON 1986: 24-25).

Quindi, per arrivare ad una spiegazione del comportamento occorre passare da categorie e tipologie su come si connettono fra loro sequenze di azioni (livello comportamentale) a categorie su come si intersecano sequenze di interazioni. In breve, la Fig. 1 indica che per attuare questo passaggio dobbiamo *tornare al processo* e descriverlo *da un altro e più concreto punto di*

vista (ricorsività) (BATESON 1986; BATESON, BATESON 1987) o interrogarci su che cosa ci manca per comprendere come il processo *concretamente* si è svolto. L'attenzione deve essere rivolta non ad azioni considerate isolabili, ma "a reazioni alle reazioni alle reazioni". Questo punto cruciale comporta uscire dalla sequenza comportamentale stimolo-risposta/azione-reazione, per guardare ai feed-back comunicativi e di significato che si concatenano uno dopo l'altro, osservandoli da un punto di vista processuale, prendendosi il tempo di apprezzare abbastanza a lungo lo svolgersi delle sequenze per rilevare come si ripetono certi schemi interattivi e se i tentativi di fuoriuscire dagli schemi portano al loro rafforzamento, al mantenimento o al cambiamento. Nella storia di B. osserviamo ad esempio tre uscite dagli schemi: quando B. parte per la Spagna; quando si allontana di casa e viene investito; quando ha una ricaduta alla fine della narrazione. Nel primo caso B. devia l'attenzione da sé, nel secondo va involontariamente a rafforzare gli schemi che lo collocano sotto tutela sanitaria e nel terzo le conclusioni degli attori coinvolti invitano a prendere in considerazione uno scenario non considerato prima. È solo a questo ultimo livello di informazioni che si può intravedere quale è la progressione logica verso la quale si stanno muovendo tutti coloro che sono implicati nel processo interattivo, che ne siano consapevoli o meno.

«Torno al luogo da cui sono partito e conosco il luogo per la prima volta» (BATESON 1984: 454). Qui è compendiato il modo d'intendere la conoscenza, ovvero l'*epistemologia*, che Bateson cercò di praticare in tutti i campi, numerosi ed eterogenei, che gli accadde di attraversare: antropologia, biologia, teoria evoluzionistica, cibernetica, comunicazione animale e umana, apprendimento, gioco, psichiatria, ecologia, religione [...] Una epistemologia che potremmo anche definire "ricorsiva", in quanto fatta di esplorazioni e di ritorni al *punto di partenza*, attenta a includere l'osservatore nel mondo osservato e ad allargare le domande più che a saturarle con le risposte. Fedele a quel movimento "ricorsivo" richiamato sopra, egli cercò ininterrottamente di assumere quella che, proprio nel citato *Mente e natura*, giunse a formalizzare come "doppia descrizione", compiuta insieme dall'esterno e dall'interno, associando linguaggi analitici e linguaggi partecipanti, senza ridurli al contempo gli uni agli altri. Per cogliere le relazioni a livello di contesto gli attori sociali devono mettere anche se stessi dentro il quadro e riuscire a guardarsi "dal di fuori"; per cogliere le relazioni a livello di coreografia bisogna mettere nel quadro anche la propria cultura, quindi quella costellazione di esperienze condivise che partecipiamo dall'interno di una comunità di pratiche. Per non essere ciechi al contesto

e ai suoi (plurali) significati, per passare da categorie di interazione a categorie di coreografia, dobbiamo tornare alla descrizione del processo e guardarlo alla luce di ogni differenza sistematica e significativa nel modo di inquadrare gli eventi: «Le differenze tra i sessi, fra le classi sociali, anche all'interno di una stessa più ampia cultura, possono costituire un fertile "secondo occhio" per arrivare a una "doppia visione" degli eventi in questione» (SCLAVI 1994: 241).

Il rapporto tra apprendimento e conoscenza, quindi, non può essere di tipo dualistico e contenutistico, deve bensì essere inteso come una sorta di adattamento cognitivo, costituito da una dialettica ricorsiva che implichi un continuo cambiamento, una continua mutazione di approccio all'esistente, una danza di parti interagenti: «Non c'è dubbio che la parola *apprendimento* denoti un cambiamento di qualche tipo; dire di quale tipo di cambiamento è una faccenda delicata» (BATESON 1997a: 410, *corsivo dell'autore*). Riprendo, semplificandola, la sequenza batesoniana che differenzia i diversi tipi di apprendimento per rendere più evidente che cosa quanto chiamiamo "riflessività" mette in gioco. Apprendimento 1: un cambiamento nella specificità della risposta, ovvero dell'apprendimento 0 che è una mera sequenza stimolo-risposta; apprendimento 2: un cambiamento, denominato anche "deuteroapprendimento" o "apprendere ad apprendere", nel processo dell'apprendimento 1, e tale cambiamento sta nella capacità di trasferire le caratteristiche di un contesto percepito a qualche altro contesto successivo nel tempo, una "curvatura adattiva" al contesto di relazioni. Tramite la ripetuta esperienza di contesti relazionali gli esseri umani costruiscono determinate modalità comportamentali, che nel linguaggio vengono comodamente esemplificate con l'uso di determinati aggettivi.

Nello *strano mondo esterno al laboratorio di psicologia*, come lo definisce Bateson, gli esseri umani orientano le loro relazioni tramite un fiducioso riferimento ad aggettivi riguardanti il *carattere* delle persone con cui hanno a che fare, ma «nessun uomo è "ingegnoso" o "dipendente" o "fatalista" nel vuoto. Una sua caratteristica, qualunque essa sia, non è propriamente sua, ma piuttosto di ciò che avviene tra lui e qualcos'altro (o qualcun altro)» (BATESON 1997b: 454-455). In questo, ad esempio, la proverbiale caparbia che tutti i miei conoscenti mi riconoscono risulterebbe come una mia stabilizzata modalità di rapportarmi all'ambiente, prodotta da una prolungata successione di apprendimenti di tipo 1 in cui essa è risultata generalmente adattiva. Essere "caparbia", come tutti gli altri aggettivi visti come esiti possibili di apprendimento 2, rivela una fondamentale essenza relazionale, in quanto modalità di rapportarsi all'ambiente circostante, mate-

riale o umano che sia. La superiore tipologia logica dell'apprendimento 2 rispetto all'apprendimento 1 sta alla base della difficoltà nel cambiare le modalità di rapportarsi instaurate con l'esperienza: una particolare situazione evidentemente conveniente rispetto alla mia reiterata cocciutaggine difficilmente mi convincerà ad adottare un comportamento più elastico in future situazioni simili, perché le premesse motivazionali della mia testardaggine sono di tipo logico superiore rispetto alla situazione presente, per quanto scomoda e fastidiosa. Non trattandosi di apprendere ma di "aver appreso ad apprendere", la mia cocciutaggine sarà difficilmente scalfità (comicamente confermando sé stessa) da un singolo avvenimento. È qui che si gioca il ruolo della formazione nell'incrinare le certezze professionali acquisite e di aprire verso l'apprendimento 3, che si configura come la difficile soluzione ai limiti imposti dalle caratteristiche di autoconvalida insite nell'apprendimento 2, con un processo per cui, seguendo la consecuzione logica fino ad ora utilizzata, si "apprende ad apprendere ad apprendere". Bateson associa questo apprendimento a situazioni quali la psicoterapia, le conversioni religiose o, in genere, a profonde ristrutturazioni del carattere. I piccoli passi che la formazione può sollecitare verso la riflessività, la ricorsività e il cambiamento di prospettiva rispetto alle abitudini professionali non ambiscono a questo livello di ristrutturazione, ma fanno intravedere le possibilità insite in un cambio di paradigma: oltrepassare l'apprendimento 2 per affacciarsi all'apprendimento 3.

In sintesi: senza consapevolezza della ricorsività, senza il riconoscimento del proprio essere nel contesto e guardarsi da fuori, senza l'incentivo ad apprezzare le coreografie, la riflessività claudica, risulta imperfetta e solipsistica.

Tutta la formazione sanitaria in antropologia medica è buona da pensare e da fare?

Nel convegno SIAA del 2022² si è inteso anche discutere su cosa della formazione in antropologia, in modo particolare in ambito sanitario, non siamo più disposte/i, letteralmente, a sopportare. In altre parole: in tutti questi anni l'antropologia medica ha saputo conquistare uno spazio importante dentro i servizi e le istituzioni sanitarie. Uno spazio conquistato con tenacia, pazienza, progettualità; spesso a costo di *esserci* senza essere riconosciute/i, svolgendo compiti che spesso marginalizzano la ricerca o penalizzano i saperi e la professionalità acquisita, a livello contrattuale e di visibilità dentro e fuori l'ambito disciplinare³.

Per quanto mi riguarda c'è un modello di formazione nel quale mi sono trovata alcune volte coinvolta nel corso degli anni e che non sono più disponibile a sostenere – veramente, ho la speranza che questo tipo di erogazione della formazione sia scomparsa. Si tratta di moduli ECM di aggiornamento obbligatorio per una vasta platea di figure professionali (medici, infermieri, eccetera) afferenti ad una stessa struttura sanitaria. I moduli possono occupare una intera giornata e hanno una programmazione fissa di interventi, eseguiti a batteria. Inoltre, vengono ripetuti con una cadenza settimanale in modo da coinvolgere quanto più personale possibile e offrire quindi l'opportunità di ottenere l'accreditamento. L'esperienza alla quale mi riferisco risale al 2013 e ha avuto luogo in una grande azienda ospedaliera universitaria del Veneto. Così, per alcune settimane, dopo la mattinata dedicata alla demografia della presenza della popolazione straniera in provincia, ai principali aspetti sanitari ed epidemiologici di questa utenza, agli aspetti amministrativo-legali di gestione dell'immigrazione legale o senza permesso di soggiorno (rilascio tessera STP, pagamento dei ticket, eccetera), alla presentazione delle risorse legate alla mediazione linguistica e/o culturale, entrava in scena l'ora dedicata all'antropologia medica. Una singola ora, talvolta rosicchiata dagli interventi precedenti o dalla pausa caffè, nella quale, considerato che in media era presente oltre una sessantina di persone, non era neppure possibile praticare, come faccio di solito ovunque, un momento di attenzione e presentazione degli astanti («Come ti chiami?», «In che servizio/unità lavori?»). È un momento che considero molto prezioso: anche se molto rapidamente ci si “annusa” reciprocamente, ci si riconosce parte di una stessa cornice (benché quella proposta comporti una relazione «complementare, *one up – one down*», sempre utilizzando la definizione di Gregory Bateson, sbilanciata a favore del/la relatore/trice). Infine, a volte sapere chi ho/avevo davanti mi permetteva di indirizzare gli argomenti programmati in una direzione specifica per meglio incontrare le esigenze dei presenti. Niente di tutto questo, non avevo tempo per fare altro: ho eseguito la mia presentazione con le basi dell'antropologia medica, i diversi significati di salute/malattia attraverso le culture, i ridimensionamenti del significato dell'esperienza quando essa incontra il nostro sistema sanitario, eccetera. Alla fine, ho lasciato un congruo tempo per domande, riflessioni, dibattito. Dopo un moderato interesse dei partecipanti nella prima, seconda edizione e un buon dibattito, nella terza giornata di formazione mi sono trovata di fronte a un muro, sul quale i tentativi di far intravedere una altrui prospettiva di significato autonoma e non riducibile alla “nostra” prospettiva sulla salute/malattia e di indicare

qualche mediazione di senso, si infrangono, inabissano, ritorcono violentemente contro la relatrice: «Che stiano a casa loro se non vogliono adattarsi!»; «Sono a casa nostra, devono rispettare le regole, hanno anche i servizi gratis!». Eccetera, in un vociare crescente. Diverse sessioni di formazione realizzate soprattutto in area critica e delle malattie infettive in po' in giro per l'Italia mi hanno abituata a un certo non verbale iniziale degli astanti: braccia conserte, ripiegamento all'indietro sulla sedia, sguardo a volte ironico («Vediamo cosa ci viene a raccontare»), altre diffidente o persino ostile («Che ci fai qua? Cosa dovresti insegnarci tu?»), ma lavorando attraverso la pratica della riflessività, smontando e rimontando "casi clinici", ascoltando punti di vista diversi, "mettendocisi dentro", alla fine portavamo a casa un buon lavoro comune. Quella volta no: sono rimasta impalata a toccare con mano quanto sia stata vittima del proporre qualcosa che suonava meramente astratto e teorico in quel contesto. Astratto e teorico perché, almeno per diversi interlocutori presenti, chi è straniero non è portatore di senso e viene percepito come lontanissimo da una visione partecipata del quotidiano. Non mi ero posta il problema di esplorare le aspettative di quel contesto, del quale non sapevo nulla di come si negozia il significato (fra i molti possibili) delle proprie e altrui azioni. Non mi ero per nulla preoccupata del "come si guarda" implicito in quella quotidianità, del processo con il quale ottenevano comunque qualche risultato di *compliance* o adesione alle cure. In sintesi, sono stata più vicina al modello del narratore scientifico ottocentesco proposto da Durkheim, partecipe della forza retorica e persuasiva del prete e dell'ipnotizzatore⁴ completamente inadatte al contesto della formazione in ambito sanitario. Non ho avuto coraggio, soprattutto non sono stata capace di alzarmi a una spanna da terra e guardare quella situazione come meritava di essere apprezzata, con umorismo e accettazione, incontrando a viso aperto il dissenso, l'ottusità rinchiusa in griglia di una simile programmazione. Lo rimpiango ancora oggi, a dieci anni di distanza, sentendo di aver tradito i compiti della formazione.

Conclusioni

Ho sempre preferito i maestri che, invece di una "deissi interna", cioè la propria storia di formazione, esibivano una "deissi esterna", capace cioè di ancorarsi a una "deissi interna" dei formandi [...] Anziché parlare di me, parlo di un oggetto dato, ma il contenuto di esso è rilevante per la tua vita come lo è per la mia. La trasmissione educativa funziona quando si trova un contenuto che faccia da mediazione (MASSA 1992: 45).

Se in linguistica la deissi è il procedimento con cui si situa un enunciato in un contesto spazio-temporale e se ne identificano il soggetto e i partecipanti ricorrendo a fattori deittici (quali pronomi personali, aggettivi e pronomi dimostrativi, avverbi di luogo e di tempo), la deissi esterna, nella lezione di Riccardo Massa è un ancoraggio per i discorsi che in gruppo, quindi entro una forma di apprendimento circolare, permette quel movimento di s-montaggio e ricomposizione del “testo” (una lezione, un percorso di formazione, la restituzione di una ricerca...) che può indurre il cambiamento degli stili e delle posizioni individuali, lavorando sugli impliciti della relazione di aiuto e sui processi di elaborazione dei gruppi. Al contempo mostra quanto il rischio di un pensiero unico sia in agguato nella nostra contemporaneità, nei gruppi professionali, nelle organizzazioni educative e nella scuola, e l'esempio che ho raccontato indica alcune delle difficoltà che si possono presentare. Chi forma in antropologia deve quindi disporre di strumenti metodologici in grado di ascoltare attivamente il contesto e di sostenere un apprendimento circolare che inneschi l'apprendimento 3, nelle sue valenze trasformative. Riassumendo, nella sua (multi)dimensionalità, la formazione antropologica in ambito sanitario richiede un vero e proprio lavoro di scavo per recuperare di volta in volta quelle informazioni mancanti – non di rado quelle basilari, che non sono trascritte nelle cartelle cliniche o che si celano dietro i protocolli – per pensare al meglio il progetto terapeutico individuale e insieme per maturare una riflessività di gruppo. Di fatto, si tratta di riunire insieme tutti i tasselli necessari a ricostruire una storia che parte da quella biografico-clinica della persona per approdare agli interventi che i professionisti attuano, che ad esempio un diagramma di flusso ordina temporalmente nelle sue fasi operative. Ci si può limitare a questo livello, di ordinamento temporale, ma il modo in cui le narrazioni dei diversi professionisti prendono forma prima, durante e dopo il processo ha un profondo peso sulla loro capacità di leggere gli elementi contestuali e sulle strategie messe in campo per accompagnare le azioni di cura. Le narrazioni rispecchiano e costruiscono i differenti modi in cui prendono corpo le esperienze di salute e malattia e, attraverso di esse, le relazioni terapeutiche (MATTINGLY 1998). Tuttavia, l'esigenza di rispondere in maniera immediata ai bisogni emergenti – soprattutto quelli che vengono colti in quanto tali dai professionisti – si traduce nella pratica in una spinta da parte del sistema ad accelerare i tempi dell'intervento e della valutazione per ottimizzare le prestazioni. A volte a discapito di un dialogo con le persone che si prenda il tempo di accogliere la loro prospettiva, i tentennamenti, le contraddizioni, le contrapposizioni. Questo

non riguarda solo la persona del “paziente” ma è anche un compito della formazione. Per alcuni aspetti, la posizione del formatore/formatrice, non solo quando è chiamato/a a fungere da raccordo tra operatori e dirigenza istituzionale ma cerca di costruire un apprendimento ³, può essere accostata all'*equiprossimità* della mediazione nella giustizia riparativa. Il concetto di *equiprossimità* viene definito in letteratura come:

[...] la vicinanza a entrambe le parti, è diventare prossimo di entrambi attraverso l'ascolto e la custodia delle parole, dei silenzi, delle narrazioni. È la possibilità di diventare specchio per l'altro perché possa riconoscere ciò che più intimamente porta dentro. Riconoscerlo e dargli un nome. È diventare terra dove può avvenire un incontro che prima non disponeva di un luogo riconoscibile su cui poter camminare (BERTAGNA, CERETTI, MAZZUCCATO 2015: 21).

Ecco, considerato che ogni formazione è un momento fondamentalmente pedagogico e circolare – da intendersi cioè come un apprendimento che comporta una reciproca trasformazione dei partecipanti, del/la docente come dei/delle discenti – la formazione in antropologia medica può diventare «un luogo riconoscibile su cui poter camminare», un momento fondamentale per la consapevolezza dell'agire entro le istituzioni sanitarie attraverso la riflessività.

Note

⁽¹⁾ Il diagramma di flusso viene ampiamente utilizzato in svariati campi per documentare, studiare, pianificare, migliorare e comunicare processi spesso complessi sotto forma di diagrammi chiari e facilmente comprensibili. I diagrammi di flusso utilizzano rettangoli, ovali, diamanti e numerose altre forme per definire il tipo di passaggio, insieme alle frecce di collegamento per definire il flusso e la sequenza. Chi scrive ha iniziato ad utilizzarli insieme ai/alle laureandi/e in Educazione professionale (Università di Udine) per illustrare l'articolarsi del percorso attraverso le istituzioni di alcuni utenti.

⁽²⁾ Nel panel *Di quale antropologia il mondo ha bisogno? Confronto sulla sostenibilità delle pratiche antropologiche in dialogo con altri saperi*, proponenti Michela Marchetti, Chiara Moretti e Stefania Spada, Convegno SIAA, Verona, 16 dicembre 2022.

⁽³⁾ Cfr. CASTALDO, SEGNERI (eds.) (2022).

⁽⁴⁾ E. Durkheim [1925] (1974). Prendo i riferimenti dall'edizione italiana in paperback di Newton Compton del 1974.

Bibliografia

- BERTAGNA G., CERETTI A., MAZZUCCATO C. (2015), *Il libro dell'incontro. Vittime e responsabili della lotta armata a confronto*, il Saggiatore, Milano.
- BATESON G. (1984 [1971]), *La cibernetica dell'io. Una teoria dell'alcolismo*, pp. 357-388, in Id., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- BATESON G. (1997a [1978]), *Innocenza, esperienza ed evoluzione*, pp. 408-422, in Id., *Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*, a cura di R.E. Donaldson, Adelphi, Milano.
- BATESON G. (1997b [1978]), *Ultima conferenza*, pp. 454-463 in Id., *Una sacra unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*, a cura di R.E. Donaldson, Adelphi, Milano.
- BATESON G. (1984), *Verso una ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- BATESON G. (1986), *Mente e natura. Un'unità necessaria*, Adelphi, Milano.
- BATESON G., BATESON, M.C. (1987), *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*, Adelphi, Milano.
- CASTALDO M., SEGNERI M.C. (eds.) (2022), *Antropologhe in cors(i)a. La professione dell'antropologo medico nella sanità pubblica italiana*, Licosia, Ogliastro Salento.
- DURKHEIM E. (1974 [1925]), *L'educazione morale*, Newton Compton, Roma.
- GHASARIAN, C. (2002), *Sur les chemins de l'ethnographie réflexive*, pp. 5-33, in Id., *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Armand Colin, Paris.
- MASSA, R. (ed.) (1992), *La clinica della formazione: un'esperienza di ricerca*, Franco Angeli, Milano.
- MATTINGLY C. (1998), *In Search of the Good: Narrative Reasoning in Clinical Practice*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. XII(3): 273-297.
- SCLAVI M. (1994), *A una spanna da terra. Indagine comparativa su una giornata di scuola negli Stati Uniti e in Italia e i fondamenti di una metodologia umoristica*, Feltrinelli, Milano.

Scheda sull'Autrice

Donatella Cozzi, nata a Udine il 22/06/1957 è professoressa associata di antropologia culturale presso l'Università di Udine, responsabile scientifica dell'Archivio Etnotesti e della collana "La Stanza delle voci". Recenti pubblicazioni: (con E. Di Bortolo Mel, D. Isabella, M. Sari) *Holtedi ratige! / Tienti da conto! Saperi naturalistici e terapeutici a Sauris/Zahre*, Forum editrice, Udine, 2023; (con F. D'Orazio, M. Pascoli), *Cammina sopra i miei passi. Partecipazione e percezione del patrimonio culturale in tre comuni della Carnia*, Forum, Udine, 2023; Tullio Seppilli, *l'antropologia medica italiana e il concetto non riduzionista di guarigione*, "Psiche. Rivista di cultura psicanalitica", 2, 2023; "Transumanar e organizar". *Sulla Nascita della psichiatria in Umbria di Francesco Scotti*, "AM. Rivista della società italiana di Antropologia medica", 54, 2022, pp. 299-325; (con Francesca Zaltron) *Déclinaisons éthiques et réflexivité partagée dans la recherche auprès des enfants*, "Revue des Sciences sociales", 67, 2022, pp. 120-127; *Libri viventi. Una attività didattica tra educatori professionali e anziani*, "Antropologia", IX(1), 2022, pp. 113-127.

Riassunto

Qualche breve appunto sulla formazione in sanità

Come si costruisce riflessività nel contesto della formazione in antropologia medica? Un esempio consente di ragionare sulla riflessività facendo ricorso al concetto di ricorsività di Gregory Bateson. Un esempio negativo di formazione chiude questo breve contributo.

Parole chiave: antropologia medica e formazione, metodi non standard nella formazione, Gregory Bateson e le forme dell'apprendimento

Resumen

Algunas breves notas sobre la formación sanitaria

¿Cómo se construye la reflexividad en el contexto de la formación en antropología médica? Un ejemplo nos permite pensar en la reflexividad utilizando el concepto de recursividad de Gregory Bateson. Un ejemplo negativo de formación cierra esta breve contribución.

Palabras clave: antropología médica y formación, métodos no standard en la formación, Gregory Bateson y las formas de aprendizaje

Résumé

Quelques brèves notes sur la formation en soins de santé

Comment construire la réflexivité dans le cadre d'une formation en anthropologie médicale? Un exemple permet de réfléchir à la réflexivité en utilisant le concept de récursivité de Gregory Bateson. Un exemple négatif de formation clôt cette courte contribution.

Mots-clés: Anthropologie médicale et formation, méthodes nonstandard dans la formation, Gregory Bateson et les formes d'apprentissage

