

**Convegno internazionale: “Università e Città. Un’agenda per il nuovo secolo”
Pavia 9-11 settembre 2015**

Sessione “Salute e Benessere”

Apprendere per migliorare il benessere del territorio

Giovanna Vicarelli

Università Politecnica delle Marche

Abstract

L’università, nella sua dimensione di istituzione plurale che persegue una varietà di strategie e obiettivi, si pone come una risorsa cruciale non solo per lo sviluppo economico del territorio al quale appartiene, ma anche per la crescita del benessere della popolazione che in esso risiede. In questa prospettiva, il perseguimento di risposte più adeguate ai nuovi bisogni di salute costituisce una forma attiva e consapevole di relazione tra città e università che merita di essere potenziata. Vanno in questa direzione le attività realizzate dal CRISS, Centro di ricerca interdipartimentale dell’Università Politecnica delle Marche, in merito alla formazione manageriale dei dirigenti della sanità locale così come alla formazione dei pazienti e delle famiglie con patologie croniche. Ponendosi come porta di dialogo e nodo di una rete di attori che in diverse forme producono benessere, il CRISS, a partire dal 2005, ha realizzato una pluralità di master, corsi di qualificazione e di perfezionamento per la dirigenza sanitaria, mettendo a punto, nello stesso tempo, un modello di educazione terapeutica (Family Learning Socio Sanitario) espressamente creato per sviluppare le conoscenze e le competenze delle famiglie coinvolte in patologie particolarmente complesse (dalla SLA alla broncopneumopatia ostruttiva, dalla grave cerebro lesione ai disturbi dell’apprendimento).

1. Premessa

La sociologia economica si è a lungo interrogata sui temi dello “sviluppo locale” e del “governo locale” individuando, nella realtà italiana, spazi e tempi, talvolta favorevoli, per una sinergia tra crescita economica e sviluppo istituzionale (Bagnasco 1977; Paci 1979; Trigilia 2005). Tuttavia, nei processi che hanno contribuito alla modernizzazione di alcune aree territoriali del paese, le università hanno giocato un ruolo poco determinante (Bagnasco 2004; Picchiari 2008). Seppure la diffusione di nuove conoscenze e tecniche possa essere stata un fattore di crescita tanto economica che politica, le università nella loro veste di soggetti istituzionali hanno avuto un ruolo più indiretto che diretto nella trasformazione di alcuni ambiti regionali.

La stessa valutazione può essere fatta guardando alle “politiche locali di welfare” che hanno contribuito, in modo assai difforme, al benessere sociale e sanitario dei diversi territori italiani (Ascoli 1984; Pavolini e Vicarelli 2013a; Ascoli e Pavolini 2015). Anche in tal caso, infatti, le

Università hanno svolto un ruolo minoritario all'interno dei molti soggetti pubblici e privati coinvolti. Ciò non significa che non vi siano state situazioni che hanno creato per singole aree o su singoli temi condizioni di eccellenza e buone pratiche. Tuttavia, si è trattato più spesso di progetti limitati nel tempo e nello spazio che di azioni strutturali di cambiamento nell'offerta o nell'organizzazione di servizi sociali e sanitari.

La separatezza che fa da sfondo a queste situazioni trova spiegazione tanto dal lato delle politiche e delle prassi universitarie che dal lato delle azioni dei soggetti economici, politici o socio-sanitari interessati. Attori questi ultimi sovente diversi sul piano istituzionale, seppure compresi nella stessa città o nella stessa macroarea, con una difficoltà di fondo a comunicare e tanto più ad agire in maniera coordinata e finalizzata. Se le molte autonomie, all'interno delle autonomie locali, non hanno contribuito allo sviluppo di una vera "governance del territorio," anche la mancanza di una cultura universitaria di "public engagement" (Cognetti 2013) ha influito sulle limitate esperienze alle quali abbiamo assistito in Italia.

In questa prospettiva appare di particolare interesse un confronto sulle interazioni università-città con l'obiettivo, come è scritto nel manifesto del convegno di Pavia, di stendere un'agenda condivisa capace di indicare temi e problemi rilevanti, raccogliere proposte e raccomandazioni di policy da indirizzare a una pluralità di decisori politici ed economici a livello locale, regionale, nazionale ed europeo, orientando al tempo stesso la collaborazione futura tra singole città e università. Con questi obiettivi, dunque, nelle pagine seguenti verrà presentata l'attività di formazione sviluppata dal CRISS dell'Università Politecnica delle Marche assieme all' ASUR (Azienda sanitaria unica delle Marche).

2. Riconcettualizzare la relazione università-città

Nel 1990, in un testo che sarebbe divenuto famoso, Ernest Boyer propone di riconsiderare le funzioni dell'università individuando quattro aree interrelate di azione: "the scholarship of discovery,; the scholarship of integration; the scholarship of application and the scholarship of teaching" (Boyer 1990, 16). Se la prima e l'ultima dimensione sono tradizionalmente legate al ruolo dell'università (riguardando la ricerca e l'insegnamento), la seconda e la terza appaiono in certa misura innovative. Con il concetto di integrazione, infatti, Boyer porta l'attenzione sulle connessioni fra le discipline e sulla necessità di porre le specializzazioni esistenti in un contesto più ampio con l'obiettivo di far luce sulle diverse conoscenze e pensando, in tal modo, anche di educare i non specialisti: "Is it possible – si chiede – to interpret what's been discovered in ways that provide a larger, more comprehensive understanding?" (Boyer 1990, 19). La terza dimensione (quella applicativa) implica una forma di impegno dell'università verso gli individui e le istituzioni. Evidentemente, scrive Boyer, questo tipo di attività deve essere direttamente collegata ad un campo specifico di conoscenza poiché il servizio reso alla comunità deve essere "serious, demanding work, requiring the rigor – and the accountability – traditionally associated with research activities" (Boyer 1990, 22). Tuttavia, quello che va sottolineato è che secondo Boyer esiste una stretta relazione tra le quattro dimensioni poiché la conoscenza si acquisisce attraverso la scoperta, la sintesi, la pratica e l'insegnamento. Non bisogna, dunque, immaginare un processo lineare che conduce dalla scoperta all'insegnamento, ma una interazione ed interdipendenza continua tra tutte e quattro le dimensioni.

In quest'ottica ci sembra di poter affermare che se non esiste una scissione tra le diverse attività del sapere, non esiste neppure una separazione tra l'università e la città o il territorio di riferimento, entrambi intesi come contesto di azione dei soggetti accademici. Infatti, scoperta, sintesi, pratica ed insegnamento implicano una relazione continua e dinamica tra quello che erroneamente viene considerato come un dentro (l'università) e un fuori (la città/territorio). Infatti, il "contesto" va inteso come l'insieme delle interrelazioni che si costruiscono tra più attori che si muovono entro istituzioni diverse, ma non per questo chiuse alla comunicazione e all'azione reciproca ma che anzi subiscono influenzamenti diretti ed indiretti. In altri termini, il contesto non esiste al di là delle relazioni ma ne è parte intrinseca e si trasforma con esse.

Se, dunque, la riflessione di Boyer impone una riconcettualizzazione del rapporto università-città, da essa si può trarre come conseguenza la centralità del concetto di apprendimento. Come evidenziava alcuni anni fa Pier Luigi Crosta (1997), tra le attività dell'università che vengono prese in esame in quanto (presunte) produttrici di effetti per la città non viene correntemente considerata quella che a senso comune è ritenuta essere l'attività primaria cioè l'attività di formazione. Tuttavia, se si guarda all'università-città come interazione tra soggetti diversi in un contesto dato, è a tale interazione che va riconosciuto il carattere di "pratica di apprendimento". In altri termini, interagendo tra loro gli attori imparano insieme chi sono, che cosa fanno e perché lo fanno. L'apprendimento, infatti, è un processo aperto nel quale la conoscenza viene prodotta attraverso il confronto e il conflitto tra diversi punti di vista dei membri della comunità. La conoscenza così prodotta viene diffusa "non attraverso un processo di trasmissione di codici d'azione pratici ed etici, quale è l'indottrinamento: bensì in quanto incorporata in pratiche "sitate" socialmente – in un contesto sociale cioè costituito dentro/durante l'interazione – essa viene trasmessa attraverso la partecipazione a tali pratiche "(Crosta 1997, 363). L'apprendimento, dunque, non è un'attività separata dal lavorare, innovare e vivere, né tantomeno dalla scoperta, dalla sintesi, dalla pratica e dall'insegnamento. Ciò significa che l'apprendimento diventa il fulcro tanto delle quattro dimensioni universitarie individuate da Boyer, quanto della interrelazione università-città.

E' in questo quadro che vanno poste alcune attività intenzionali volte a innovare soggetti, contenuti e modalità dell'apprendimento in ambito socio-sanitario. E' quanto si è provato a fare nell'interazione fra un centro di ricerca interdipartimentale dell'Università Politecnica delle Marche, il CRISS, e l'Azienda sanitaria unica della regione Marche, l'ASUR, cui compete la gestione dei servizi territoriali e dei presidi ospedalieri di tutto l'ambito regionale.

3. L'apprendimento nei sistemi sanitari contemporanei

I Servizi Sanitari si trovano oggi a dover affrontare l'impegno di mantenere e migliorare la propria capacità di risposta alle domande di benessere della popolazione, entro limiti di spesa sempre più stringenti. Mentre vanno modificandosi, infatti, le aspettative di salute a seguito di cambiamenti biologici e demografici di ampio impatto e mentre si moltiplicano sul piano culturale e sociale le stesse concezioni di salute in una dimensione della vita fortemente globalizzata, gli strumenti scientifici e tecnologici a disposizione della medicina paiono aprire prospettive di intervento terapeutico e preventivo inimmaginabili fino ad un recente passato (Vicarelli 2013)

Di fronte a questo scenario i sistemi di welfare europei, tra cui quello italiano, hanno a lungo temuto (ed ancora temono) di non possedere le risorse economiche necessarie a rispondere all'aumento della domanda e dell'offerta dei servizi sanitari. Nascono da qui le spinte al

razionamento-riduzione degli interventi pubblici, o laddove questo non è parso possibile, a processi di razionalizzazione volti a contenere o tagliare spese inappropriate nell'ipotesi di limitare i costi senza intaccare l'efficacia dei servizi (Pavolini e Vicarelli 2013 a e b). E' con queste finalità che si sono avviate, a partire dagli anni Novanta, riforme volte a sottomettere la sanità a logiche aziendalistiche di programmazione e controllo, imponendo alla dirigenza sanitaria percorsi di formazione manageriale spesso tratti direttamente dal mondo dell'impresa privata.

Alla base di simili azioni va collocata la scelta di affidarsi a logiche di razionalità semplice o limitata per ovviare alle difficoltà e agli errori scaturiti dall'applicazione, nei sistemi sanitari precedenti, di logiche burocratiche, guidate dalla sola razionalità formale. Dalle contraddizioni della "gabbia di ferro", per citare Weber (1981), si è così caduti nei paradossi di un'azione economica applicata a sistemi altamente complessi, inadatti per antonomasia alla semplicità delle relazioni di causa ed effetto. Una delle conseguenze di tali scelte è stata quella di concentrare l'attenzione sui processi intra-organizzativi dei sistemi sanitari riducendo la forza di pressione dell'ambiente circostante alle sole esigenze dei portatori di interesse. D'altro canto, molte esperienze di aziendalizzazione sono risultate deficitarie non solo in termini di risultati economici, ma anche e soprattutto di mantenimento dell'equità nella salute e di consolidamento dei Servizi sanitari pubblici (Mapelli 2012).

Stante questa situazione, un'opzione teorica possibile nell'affrontare il tema della riorganizzazione dei sistemi sanitari può essere quella di interpretarli né come "burocrazie pubbliche", né come "aziende pubbliche", ma come "configurazioni-sociali" cioè reti di comunità che, entro determinati contesti territoriali ed istituzionali, interagiscono condividendo un medesimo obiettivo di salute. Le comunità dei pazienti, le comunità dei tecnici e professionisti, le comunità degli amministrativi e dei dirigenti, le comunità dei responsabili politici andrebbero, in tal senso, aiutate, nelle loro dinamiche conflittuali o cooperative, a raggiungere in termini ottimali un bene comune: il ben-essere della popolazione. Questo orientamento prevede, non solo un allargamento di prospettiva con un interesse analitico che passi dal dentro al fuori dei sistemi sanitari, ma anche e soprattutto modalità tipicamente inter-organizzative, dove risultino cruciali il carattere delle relazioni che si instaurano, le forme della loro gestione, i condizionamenti dell'ambiente entro cui le organizzazioni sono immerse. Ciò appare tanto più vero se si considerano i processi di crescente informazione-acculturazione di tutti gli attori singoli e comunitari coinvolti (dai cittadini ai pazienti, dai medici alle professioni sanitarie, dal personale amministrativo a quello direttivo), i quali condividono, in termini sempre più ampi, conoscenze specifiche e generali di cui debbono imparare "il buon uso" e la "corretta finalizzazione" al benessere dei cittadini.

Se la concezione della sanità come "configurazione di benessere" dovesse divenire praticabile implicherebbe una trasformazione degli orientamenti singoli e collettivi, ancor prima che delle prassi conseguenti. La prima trasformazione implicherebbe una concezione del mondo sanitario non schematica e semplificata, rispondente a costruzioni giuridico-amministrative (come nel caso delle gerarchie pubbliche) o a costrutti economico-aziendalistici (tipici delle aziende sanitarie), ma complessa in quanto centrata su una molteplicità di dimensioni relazionali dalla cui trama nasce il tessuto sanitario di un paese.

Per entrare in questa nuova concezione occorre procedere attraverso un insieme di "abbandoni", spogliarsi cioè di alcuni abiti mentali che sono stati storicamente assunti dalla maggior parte dei soggetti delle società contemporanee. In questi termini il tipo di apprendimento che sono chiamati ad accettare i partecipanti alla "configurazione di benessere" è quello che Bateson (2000) ha provato a formalizzare con il nome di Apprendimento Tre. A questo livello non è in gioco soltanto

l'acquisizione di nuove nozioni, o la mera correzione di errori (Apprendimento Uno), e neppure soltanto lo sviluppo di quella capacità più flessibile e astratta che chiamiamo apprendere ad apprendere (Apprendimento Due). Al terzo livello dell'apprendimento è in gioco l'apprendimento a *disapprendere*. Ciò significa apprendere a dotarsi di certezze e rimanere nell'incertezza, formulare previsioni e sapersi nell'imprevedibilità, difendere una propria verità e sapersi nel gioco delle doppie, triple verità (Manghi 2004a).

Il primo disapprendimento è relativo a quella *forma mentis* secondo cui ogni paesaggio mentale va gerarchizzato sulla base di criteri di logica lineare. Come scrive Sergio Manghi, oggi il sapere colto, il sapere professionalizzato e il sapere di senso comune s'intrecciano in modi spesso inestricabili, sempre più capillarmente mediatizzati e sempre meno rigidamente gerarchizzati. Eppure, mentre i nostri saperi si vanno così pluralizzando e intersecando, la *forma mentis* più comune che entra in gioco quando si tratta di *connetterli* tra loro è ancora abitata inerzialmente dall'impronta di paesaggi mentali che esigono certezza, chiarezza, univocità, linearità, prevedibilità. Si potrebbe dire che ci muoviamo dentro paesaggi nuovi, e in rapida metamorfosi, consultando mappe obsolete che ci vedono peraltro come spettatori esterni (Manghi 2004b). È questa obsolescenza, a rendere necessario un nuovo *sapere delle relazioni* che parta da una assunzione teorica generale: l'intima compenetrazione di processi sociali e processi conoscitivi, di pratiche interattive e produzioni simboliche. Ciò significa che nel mondo contemporaneo la sfida ad apprendere prende avvio dal presupposto che nella società dei liberi e uguali non c'è chi ha ragione e chi ha torto, ma esistono ragioni differenti, le une dipendenti dalle altre, e magari in conflitto, anche violento. Quel che è difficile, in tal caso, è arrendersi al compito, storicamente inedito, di *apprendere attraverso l'altro*: reciprocamente, ininterrottamente, ogni volta daccapo, nel qui e ora anche più banale dell'interazione, gradevole o sgradevole che sia (Manghi 2004 a e b; Manghi 2005a e b).

Entro questa modalità, il secondo obiettivo è quello di disapprendere l'idea che la società sia o una unità superiore agli individui e per questo in grado di ordinarne la vita oppure una pluralità di singoli individui spinti dai propri interessi egoistici. Come scrive Elias "la società degli individui" altro non è che il risultato di una fitta rete di relazioni, cioè di *interdipendenze esistenziali*, di ininterrotti rispecchiamenti reciproci, attraverso la quale quotidianamente diventiamo e ridiventiamo gli "individui" che siamo – e che, beninteso, continuiamo a *diventare*. (Elias 1988). Da questo angolo visuale, disapprendere l'idea modernista di individuo non è rinunciare a qualsiasi idea di individuo, quanto piuttosto saper cogliere il legame inestricabile, originario e reciproco, di ciascun individuo con gli altri e con l'ambiente naturale ed istituzionale in cui si trovano tutti ad agire.

E', dunque, a partire da queste capacità di disapprendimento che può avviarsi un nuovo processo di promozione e costruzione della salute nell'era della globalizzazione. Sul piano operativo ciò significa superare l'antinomia che ha caratterizzato il secolo appena concluso caratterizzato da giganteschi progressi nei contenuti disciplinari, maturati, tuttavia, nell'ambito di molte, separate specializzazioni. L'esigenza è che tutte le discipline provino a modificare la relazione con il sapere che hanno sino ad oggi intrattenuto e si confrontino con la complessità delle nuovi mondi sociali arrivando ad assumere sia la dimensione della integrazione che quella dell'impegno. Come scrive Patrizia Lemma ciò significa avviare un ripensamento dei modelli di formazione finora perseguiti, con l'abbandono di una trasmissione della conoscenza che preveda la costruzione di un edificio come insieme di mattoni via via impilati dal basso verso l'alto. Gli interventi formativi dovrebbero permettere l'esplorazione dei *reticoli*, estremamente densi di

connessioni, che uniscono i diversi ambiti culturali (Lemma 2005). Dunque, una formazione che non si accontenta di essere multidisciplinare, ma che si impegna a individuare gli *itinerari* che permettano la scoperta diretta e fortemente coinvolgente dei saperi complessi e multidimensionali con una forte attenzione alla dimensione pratico-applicativa.

4. Una rete formativa di alto livello

Nasce da queste premesse l'idea sviluppata dal CRUISS e dall'ASUR Marche di avviare, a partire dal 2005, una formazione manageriale di alto livello (Master di II livello e Corsi di perfezionamento) incentrata sulla complessità dell'azione e sulla relazionalità in campo sanitario.

La proposta è stata quella di superare un'offerta formativa modellata solo su costrutti economico-aziendalistici o giuridico-amministrativi per arrivare, attraverso un preciso orientamento epistemologico, ad un itinerario formativo, ampiamente partecipato, in grado di leggere i *reticoli*, estremamente densi di connessioni, che uniscono i diversi ambiti culturali e disciplinari del management. A partire dall'esigenza di liberarsi di alcune derive eccessivamente razionaliste e tecniciste si è inteso riaffermare: 1. la specificità della sanità pubblica che poggia sui cardini della solidarietà e della responsabilità collettiva; 2. la matrice umanistica della medicina; 3. una cultura del dubbio e della soggettività, orientata alla diversità e al confronto.

Per quanto concerne la metodologia didattica si è deciso di articolare i diversi moduli in un'ottica processuale anziché funzionale per evitare un'eccessiva frammentazione dei contenuti in "blocchi" concettuali distinti. Operativamente ciò ha significato prevedere che il modulo iniziale e quello finale costituissero una "cornice di significato" in grado di racchiudere i moduli centrali con un taglio più specifico. Inoltre, dal momento che la formazione per gli adulti, e in particolare nel caso dei Master, è improntata al "gruppo che apprende", la metodologia didattica è stata rivolta alla creazione del gruppo e, contestualmente, a formarlo. A tal fine essenziali sono stati gli spazi di riflessione (laboratori) distinti dai momenti deputati a fornire i contenuti formativi. Nello specifico i laboratori sono stati connotati da un approccio di tipo esperienziale e costruzionista, rivolto cioè a sviluppare un pensiero riflessivo attorno alla propria identità professionale e alle dinamiche relazionali attraverso le narrazioni delle proprie storie professionali, le tecniche dell'improvvisazione teatrale per la gestione degli imprevisti, ecc.. Nel complesso i docenti si sono posti essenzialmente con un approccio maieutico.

I contenuti di base comune sono derivati dalla constatazione di come i professionisti della medicina si trovino spesso assorbiti dall'immediatezza di un "presente senza storia" rispetto al quale avvertono la mancanza di un inquadramento del percorso di sviluppo della medicina, nonché dell'evoluzione delle politiche e delle professioni sanitarie. Per quanto concerne il primo aspetto, la riflessione sullo sviluppo della medicina, da un lato, ha presupposto una rivisitazione dell'idea stessa di scientificità alla luce del dibattito animato dalla filosofia e dalla sociologia della scienza, dall'altro ha imposto alcune riflessioni di ordine etico sulle possibili traiettorie future del discorso scientifico. I cambiamenti demografici, la transizione epidemiologica e l'evoluzione tecnologica nel campo medico hanno richiesto, inoltre, di ripensare la declinazione al singolare della medicina e di riconoscere una pluralità di medicine tra loro diverse quanto a finalità e approcci di intervento (diverso è curare gli episodi acuti di malattia dall'accompagnare le fasi finali della vita, ma diversa è anche la medicina ospedaliera rispetto a quella territoriale). Per quanto concerne il secondo aspetto si è trattato di ricostruire i processi di sviluppo e trasformazione dei sistemi sanitari,

individuando le sfide economiche, politiche, sociali che i modelli di welfare hanno cercato di affrontare nel recente passato, misurando quanto le stesse sfide si presentino oggi nelle mutate società del XXI secolo.

Sul piano più specialistico si è deciso di entrare nell'analisi del mondo-salute con un orientamento fortemente inter-organizzativo cui hanno contribuito le scienze dell'organizzazione accompagnate dalle strumentazioni della network analysis. In questa direzione hanno assunto particolare rilievo gli apparati conoscitivi e metodologici connessi alle problematiche comunicative e nello specifico le reti tecnologiche e telematiche che fanno da base e supporto a larga parte dei flussi interorganizzativi. In modo ancor più specifico si è deciso di leggere, con le forme del sapere relazionale, i processi diagnostico-terapeutici così da riprogettare e riformare su di essi il sistema sanitario. Infatti, è solo partendo da una conoscenza dei percorsi assistenziali, dal momento in cui nasce il bisogno fino alla conclusione del ciclo tenendo presente il contesto in cui questo avviene, che è sembrato possibile individuare le misure necessarie al raggiungimento dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità nell'erogazione dei servizi. In questa prospettiva gli strumenti di reporting e di audit delle scienze manageriali sono stati letti e discussi nella loro coerenza ed applicabilità al mondo-salute.

5. La creazione del Family Learning socio sanitario

La scena della cura prevalente negli ultimi decenni manifesta, come si è detto, criticità e sfide emergenti che esigono l'elaborazione di un nuovo immaginario della cura. Un immaginario, come scrivono Lusardi e Manghi (2013), capace di rendere visibile il carattere densamente relazionale, sociale e culturale, prima ancora che tecnico-sanitario, dei processi di cura.

E' da queste premesse che il CRUISS, sulla base di alcuni suoi itinerari di ricerca e facendo perno su apporti disciplinari diversi (le esperienze pedagogiche sviluppate in Gran Bretagna, l'apporto della psicologia sistemica, i costrutti della sociologia delle professioni e delle politiche di welfare), ha sviluppato un modello specifico di educazione terapeutica per il paziente e la sua famiglia: il Family Learning Socio-Sanitario (FLSS) (Vicarelli e Bronzini 2009; Vicarelli 2012, 2014).

Il FLSS è un percorso innovativo di educazione terapeutica cui partecipano, da un lato, un gruppo di pazienti e i loro familiari e, dall'altro, alcuni professionisti sanitari e sociali, entrambi accompagnati da una specifica figura (il tutor) che facilita la comunicazione e lo svolgimento degli incontri. Ogni singolo percorso di FLSS va adeguatamente programmato tenendo conto delle caratteristiche della problematica da affrontare. Pertanto ogni percorso viene avviato a seguito di una specifica progettazione che vede presenti gli attori istituzionali coinvolti, gli operatori/professionisti che incontreranno i pazienti e i familiari, il tutor. Si possono iscrivere al corso i pazienti affetti da una determinata patologia, le loro famiglie (uno o due familiari per paziente) e i caregivers (badanti). Da questo punto di vista il termine "famiglia" viene inteso in senso ampio in quanto comprende tutti i componenti che si fanno carico del soggetto fragile, compreso quest'ultimo quando ne ha la capacità fisica o psichica. Il gruppo di pazienti e familiari incontra ogni settimana (per 8/10 settimane) uno o massimo due professionisti, definiti "esperti" nell'ambito della patologia. La prima mezz'ora è dedicata alla trasmissione ai pazienti e ai familiari di una serie di conoscenze e competenze definite "saperi minimi". La comunicazione di tali saperi è molto semplice, adatta alla comprensione immediata. Nelle restanti due ore vi è un confronto diretto tra l'operatore/professionista, i pazienti e le famiglie che possono fare domande, scambiarsi opinioni, confrontarsi anche tra loro. Tra gli aspetti più importanti, infatti, vi è la relazione che si

crea tra le famiglie partecipanti al FLSS. Al fine di favorire lo scambio e il dialogo è importante la scelta del setting, ovvero il luogo dove vengono svolti gli incontri. Il setting deve essere neutro, non sanitario o ospedaliero, deve essere accessibile, accogliente, possibilmente con sedie a circolo. Il medico e/o l'operatore svolge gli incontri senza camice per ridurre la "distanza" tra pazienti e famiglie e favorire il dialogo. Importante, infine, è la presenza del tutor che segue il percorso dall'inizio alla fine partecipando a tutti gli incontri e fungendo da collante tra pazienti familiari e professionisti. Per svolgere questo ruolo, non facile, occorre una specifica formazione che il CRUI ha svolto nel 2013 ad un gruppo di 33 persone attraverso un corso di Perfezionamento dal titolo "Organizzazione e Gestione di interventi di Family Learning Socio-Sanitario". Tali soggetti sono ora abilitati ad attivare i percorsi di FLSS.

Il principale risultato atteso dall'applicazione di tale modello di educazione terapeutica è il miglioramento delle abilità del paziente e dei propri familiari e/o caregiver nel far fronte alle molteplici dimensioni della cura (nel breve e nel lungo periodo) della determinata patologia oggetto del corso. I principali obiettivi del FLSS sono, infatti, migliorare la gestione della patologia in ambito domiciliare; migliorare la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie; promuovere rapporti di rete tra famiglia, servizi sociali e servizi sanitari; contribuire al contenimento dei costi: ricoveri ospedalieri, accesso al pronto soccorso, ecc. Gli indicatori clinici non sono gli stessi per ogni FLSS, ma sono calibrati sulla tipologia di malattia/disabilità cui l'intervento è mirato. Generalmente possono riguardare: la condivisione ed aderenza alle indicazioni terapeutiche; il ricorso ai test clinici periodici; il numero degli accessi appropriati al pronto soccorso e ai ricoveri ospedalieri; il ricorso ai vaccini influenzali, ecc. Gli indicatori psico-sociali, relativi alla ricaduta dell'intervento di FLSS sul benessere dei partecipanti, generalmente riguardano sia la persona-paziente sia i familiari che hanno frequentato il corso e nello specifico sono finalizzati ad esplorare tre categorie esistenziali: essere (il significato/valore attribuito alla condizione di cronicità e il relativo sentimento di identità), appartenere (la capacità di avere/reperire/produrre risorse in riferimento al proprio contesto di vita), divenire (la capacità di rappresentarsi/progettare il futuro con la malattia/disabilità e oltre la malattia/disabilità).

Ad oggi il FLSS è stato applicato, all'interno della Regione Marche, in vari ambiti e patologie (Broncopneumopatia ostruttiva, Disturbi dell'apprendimento, SLA), mentre è in atto l'applicazione allo Scompenso cardiaco e alla Sclerosi multipla.

6. Considerazioni conclusive

Le attività di formazione manageriale e di educazione terapeutica che il CRUI ha realizzato a partire dal 2005 sono state coprogettate con l'Azienda sanitaria unica delle Marche (ASUR) e con il Servizio salute della Regione dando luogo ad una intensa e continua messa a confronto delle esigenze territoriali ed istituzionali, da un lato, con le istanze universitarie, dall'altro. Ciò che interessa sottolineare è che, in entrambi i casi, dopo un periodo iniziale di sperimentazione, si è proceduto alla messa a sistema dei due modelli. La formazione manageriale creata dal CRUI è stata, infatti, riconosciuta come strumento di formazione regionale ai sensi del Decreto legislativo 502/92 e dell'Accordo Stato Regioni del 2003. Il FLSS è stato inserito come strumento di empowerment del paziente e delle famiglie nei percorsi terapeutici ad oggi individuati dalle Marche per alcune malattie croniche (ad esempio per l'Alzheimer), così come nelle raccomandazioni per

l'attuazione di processi di integrazione socio-sanitaria. L'università, nella sua dimensione di istituzione plurale che persegue una varietà di strategie e obiettivi, si è posta, in questo caso, come una risorsa cruciale non solo per lo sviluppo economico del territorio al quale appartiene, ma anche per la crescita del benessere della popolazione che in esso risiede. In questa prospettiva, il perseguimento di risposte più adeguate ai nuovi bisogni di salute costituisce una forma attiva e consapevole di relazione tra città e università che merita di essere potenziata.

Bibliografia

- Ascoli U. (1984) (a cura di), *Welfare State all'Italiana*, Bologna, Il Mulino.
- Ascoli U. e Pavolini E. (2015), *The Italian Welfare State in a European Perspective*, Bristol, Policy Press.
- Bagnasco A. (1977), *Tre Italie. La problematica territoriale dello sviluppo italiano*, Bologna, Il Mulino.
- Bagnasco A. (2004), Città in cerca di università. Le università regionali e il paradigma dello sviluppo locale, in *Stato e Mercato* n.72, pp.455-474
- Bateson, G. (2000), *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi.
- Boyer E.L. (1990), *Scholarship Reconsidered. Priorities of the Professoriate*, Stanford, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Cognetti F. (2013), La third mission dell'università. Lo spazio di soglia tra città e università, in *Territorio*, pp.18-22
- Crosta P.L. (1997), L'interazione tra università e città come pratica di apprendimento. Quale contributo per le strategie formative?, in *Archivio di studi urbani e regionali*, n. 60-61, pp. 353-367.
- Elias N. (1988), *Coinvolgimento e distacco. Saggi di sociologia della conoscenza*, Bologna, Il Mulino.
- Lemma P. (2005), *Promuovere salute nell'era della globalizzazione*, Milano, Unicopli.
- Lusardi R. e Manghi S. (2013), *I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura*, in G.Vicarelli (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Roma, Carocci.
- Manghi S. (2004a), *La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*, Milano, Raffaello Cortina.
- Manghi S. (2004b), *Apprendere attraverso l'altro. La sfida relazionale ai saperi della formazione*. Testo della relazione al Convegno "I saperi della formazione nei contesti della salute", Bologna, 15-16 dicembre 2004.
- Manghi S. (2005a), *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Milano, Raffaello Cortina.
- Manghi S. (2005b), Mappe dell'io smarrito, in *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, 19(1), pp. 9-24.
- Mapelli V. (2012), *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, Il Mulino.
- Paci M. (a cura di) (1979), *Famiglia e mercato del lavoro in un'economia periferica* Milano, Franco Angeli.
- Pavolini E., Vicarelli G. (2013a), *Le due Italie della sanità*, in S.Vassallo (a cura di), *Il divario incolmabile. Rappresentanza politica e rendimento istituzionale nelle regioni italiane*, Bologna, Il Mulino.

Pavolini E., Vicarelli G. (2013b), *Italy: A Strange NHS with its Paradoxes*, in E:Pavolini and A.M. Guillén, *Health Care Systems in Europe under Austerity: Institutional Reforms and Performance*, Palgrave, Macmillan.

Picchiari A. (2008), Sistema universitario e governance locale, in *Il Mulino*, n.4; 649-657

Triglia C. (2005), *Sviluppo locale. Un progetto per l'Italia*, Roma - Bari, Laterza.

Vicarelli G e Bronzini M. (2009), From the “expert patient” to “expert family”. A feasibility study on family learning for people with long-term conditions in Italy, in *Health Sociology Review*, 18(2), pp. 182-193

Vicarelli G. (2012), *Le family learning socio-sanitaire: une approche innovante en éducation thérapeutique. Evaluation de la satisfaction des patients et de leur famille*, in *Pratiques et Organisation des Soins*, 43(3), pp. 187-195.

Vicarelli G. (a cura di) (2013), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Roma, Carocci.

Vicarelli G. (2014), *Une approche innovante pour renforcer des patients et des familles: le «Family Learning» socio-sanitaire*, in G. Ferreol, B. Laffort, A. Pagès (sous la dir. de), *L'intervention sociale en débats*, Bruxelles, EME.

Weber M. (1981), *Economia e società*, Milano, Edizioni di Comunità, 5 vol.